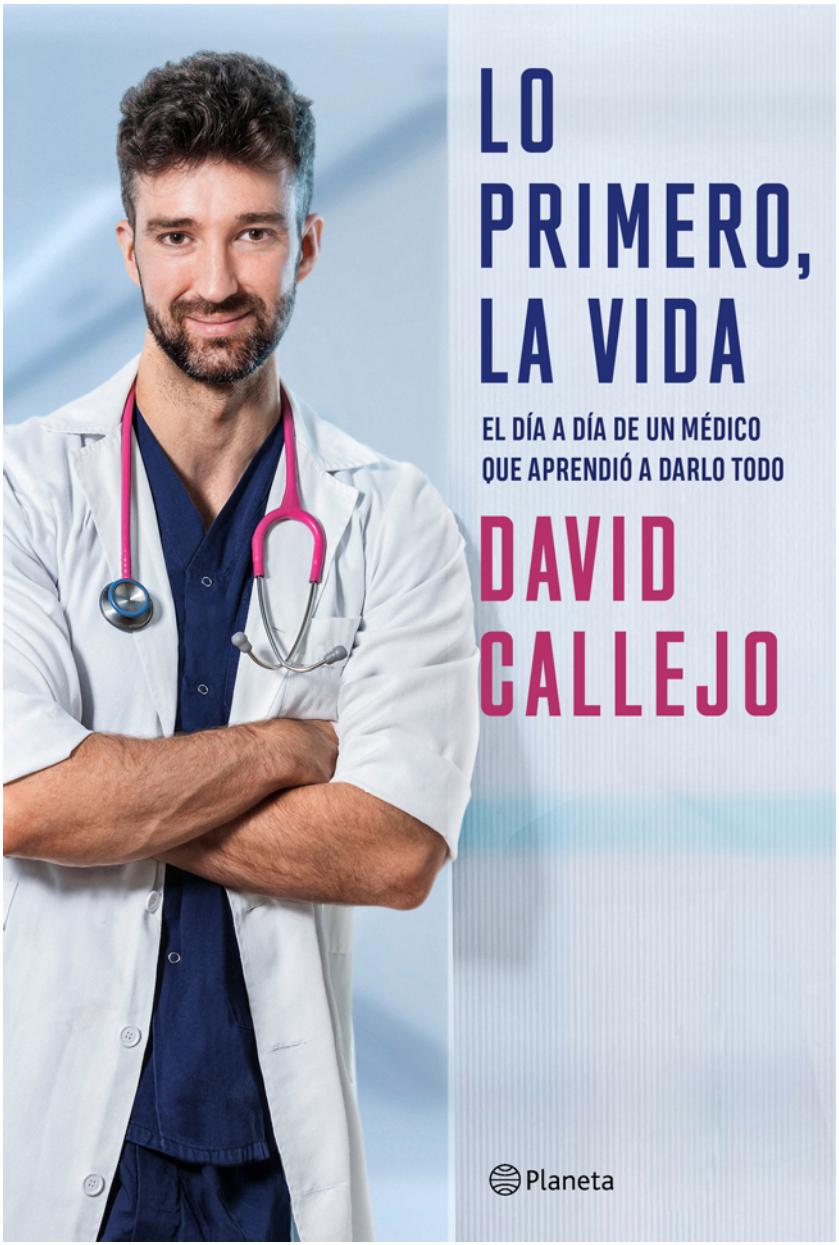
LO PRIMERO, LA VIDA
EL DÍA A DÍA DE UN MÉDICO QUE APRENDIÓ A DARLO TODO
DAVID CALLEJO
Planeta

Índice

Portada
Sinopsis
Portadilla
Dedicatoria
1. Un caso entre miles
2. Las dos puertas del paritorio (I)
3. Las dos puertas del paritorio (II)
4. Las apariencias y la consulta engañan
5. La Ventilla
6. Un estudiante sin vocación
7. Tomás
8. Un año en Bolonia
9. Nadie recuerda el nombre del portero
10. Un fallo médico
11. Un «exitus»
12. Los trasplantes siempre empiezan mal (I)
13. Los trasplantes siempre empiezan mal (II)
14. El cerebro de Sandra
15. El extraño caso del despertar intraoperatorio
16. Una transfusión muy delicada
17. Las drogas como forma de vida
18. Dejarlo todo
19. Una decisión en quirófano
20. Crónica de un confinamiento anunciado
21. La noche más dura
Epílogo. Un mensaje de Instagram
Notas
Créditos

Visita Planetadelibros.com y
descubre una
nueva forma de disfrutar de
la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos

exclusivos!

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones

Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:

Sinopsis

La medicina es un camino profundamente vocacional, pero para David Callejo fue casi una casualidad. Ahora, apenas unos años después, ocupa un puesto reservado a los mejores en uno de los hospitales referencia del país, el Gregorio Marañón, y se ha convertido en el médico más seguido y comentado de las redes sociales.

La suya es una historia arrolladora de tesón, ambición por lograr nuestros objetivos y superación. Una vocación descubierta, finalmente: por el bienestar no solo de sus pacientes, sino también de sus historias vitales, las que han marcado su carrera. *Lo primero, la vida* es una obra cargada de aprendizajes y de anécdotas que emocionan y que, incluso, arrancarán unas cuantas carcajadas.

LO PRIMERO, LA VIDA

El día a día de un médico que aprendió a darlo todo

DAVID CALLEJO

Planeta

A mi familia, mis amigos y mis dos filósofos favoritos

1

Un caso entre miles

El trabajo de un anestesiólogo es fácil de definir: consiste en horas de aburrimiento, minutos de estrés y segundos de pánico. Sin embargo, nuestra labor en la consulta es bien distinta. Me gusta compararlo a cuando un paracaidista dobla su paracaídas o a cuando un piloto de Fórmula 1 se prueba el traje. Desde luego, no es la parte más excitante de su trabajo, pero hacerlo bien puede cambiar el resultado más adelante; sobre todo en esos segundos de pánico que pueden venir después. Aun teniendo esto presente, la consulta de anestesia suele ser tremendamente aburrida.

Yo estaba en una de esas horas en las que el tiempo parece detenerse cuando alguien entró en la consulta de forma brusca. No me sorprendió que fuera un cirujano, ellos a menudo entran sin llamar. A veces pienso que es como si gastaran toda su delicadeza dentro del quirófano y ya no les quedara más para la vida normal; otras veces simplemente pienso que esta profesión nos hace ir corriendo de un sitio a otro hasta llegar a perder la educación. Pero a este cirujano yo se lo perdonaba todo, porque Juan es así de poco ortodoxo en general, no solo conmigo; y también, para qué negarlo, porque me hace mucha gracia. En el hospital aún se recuerda la vez que, a unos padres que no terminaban de comprender en qué consistía la operación de fimosis[1] de su hijo, les explicó, con total transparencia: «Vamos, que se la voy a dejar para chupársela».

Esta vez Juan tampoco me decepcionó. Sabe provocarme:

—Tengo un problema que no vas a saber resolverme.

Me reí y él empezó a explicarme el asunto. Pero enseguida

dejé de escuchar porque vi que detrás de él asomaba una pareja de no más de treinta años. Traían un carrito de bebé y tenían la cara desencajada. Entre compañeros, normalmente intentamos hablar sin que estén los pacientes delante, pero la situación no lo permitía. El cirujano estaba a medio metro de mí y ellos ya en la puerta, así que los invité a entrar y sentarse en mi consulta. Estaba claro que íbamos a hablar del pequeño del carrito.

Ella se llamaba Paloma, y él, Daniel. Formaban una pareja muy joven y vital; él tenía una mirada limpia, siempre miraba a los ojos y parecía que podías ver a través de ellos. Ella era un auténtico torbellino, claramente era quien organizaba todo en esa familia. La pareja ya tenía una hija pequeña y ahora Paloma acababa de dar a luz al segundo, Aitor, hacía cuatro días. En las ecografías del parto al bebé se le había diagnosticado un tumor raro, un neuroblastoma.[2] Tenían que hacerle una resonancia magnética en tres horas para comprobar la extensión de la enfermedad.

A los niños hay que dormirlos para hacerles una resonancia, no es un procedimiento doloroso, pero necesitamos que estén muy quietos durante una hora en una máquina claustrofóbica. Misión imposible cuando se trata de los más pequeños, así que no nos queda más remedio que dormirlos para hacer la prueba.

Para poder dormir a un niño tan pequeño y con patología, tiene que pasar unos días antes por la consulta de anestesia. Por un problema logístico del hospital (sospecho que un despiste), esto no se había hecho. Y ahora el niño estaba en mi puerta, y Julio me pedía que le hiciera una consulta de anestesia exprés para poder realizar la resonancia.

Le dije que, sin problema, entre otras cosas por aquello de que antes de que entraran estaba bastante aburrido.

Les expliqué todo con detenimiento, evitando tecnicismos que no ayudarían a unos padres asustados. Les conté el procedimiento habitual: el paciente entraría en la sala de resonancia con mi compañero, quien le pondría una mascarilla en la cara como las de los pilotos de aviones (esta frase suele convencer a algunos niños). Por esa mascarilla pasaríamos un gas anestésico que lo dormiría y,

una vez sedado, le cogeríamos una vía en una vena.

A través de la vía pondríamos más medicación para dormir aún más al peque, pero eso haría también que dejara de respirar. En ese momento habría que colocar un dispositivo en su boca para abrir su vía aérea y así poder ventilarle con un respirador.

En este punto, suelo añadir la coletilla:

—Tranquilos, sé que puede dar mucho miedo, pero hacemos miles de procedimientos al mes en niños. Algunos de ellos con patología grave. Os lo vamos a cuidar mucho. Cuando la prueba acabe, haremos que el niño empiece a respirar por sí mismo, sacaremos el dispositivo de su vía aérea y lo llevaremos dormido a otra sala donde se despertará con vosotros. Le daremos un poco de leche materna cuando esté despierto.

Aquí por lo general les digo que, una vez haya comido el niño, se podría ir a casa. Pero, en este caso, no sabía si se quedaría ingresado por tener un tumor... y, además, caí en la cuenta de que había un riesgo importante que no les había anunciado. Dudé si hacerlo o no, pero al final me atreví:

—Hay una cosa más que tienen que saber. El tumor de su hijo es un neuroblastoma que se encuentra en la glándula suprarrenal. Son dos pequeñas glándulas que están sobre los riñones y que se ocupan de regular nuestra respuesta al estrés liberando sustancias como la adrenalina y otras catecolaminas.[3]

»En adultos, los tumores en estas glándulas pueden ser secretores de catecolaminas ante mínimos estímulos. Esto puede ser algo muy grave, ya que eleva mucho nuestra tensión y frecuencia cardiaca, hasta el punto de provocarnos un infarto o un ictus.

—Pero, entonces, ¿mi hijo puede tener un infarto?

—Por suerte, en niños es algo muy infrecuente; en algunos centros solicitan una prueba para ver si estos tumores en niños liberan estas sustancias. En nuestro centro no siempre lo hacemos de rutina, pues en niños, aunque estas sustancias se liberen, no conocemos apenas casos que hayan elevado la tensión arterial o la frecuencia cardiaca.

—¿No sería mejor esperar a hacer esa prueba antes de realizar

la resonancia?

—Hemos tenido casos similares, y el equipo médico está de acuerdo en no retrasarla por hacer esta prueba. El estímulo doloroso de la resonancia es mínimo. Lo único que puede molestar es canalizar la vía y lo haremos con el bebé dormido. Creo que lo mejor es hacer hoy la resonancia; nos dará mucha información importante sobre el tumor de su hijo.

—Genial, pues vamos a por ello. Él va a poder con todo.

—¿El bebé o el anestesista?

—¡Los dos! —dijo la madre sonriendo mientras me firmaba los consentimientos de anestesia.

Antes de ir a la resonancia, llamé a mi compañero de anestesia para contarle que había tenido que ver al niño en consulta de forma urgente, él era un anestesista mucho mayor y más experimentado que yo:

—Javier, tienes a un bebé con un neuroblastoma ahora en la resonancia. Está en ayunas y solo tiene unos días de vida. No le hemos podido hacer pruebas para ver si el tumor es secretor de catecolaminas.

—Tranquilo, David, aunque sea secretor, en treinta años de anestesiólogo no recuerdo un caso en el que estos tumores hayan dado problemas de ese tipo. ¡Y menos en una resonancia! Lo cuidaremos.

Una vez que hube hablado con Javier tuve que continuar pasando mi aburrida consulta, por suerte ese día acabaría pronto. O eso creía yo.

Una de las cosas que hacemos los anestesistas de mis hospitales cuando entramos a trabajar es mirar quién está cerca en los otros quirófanos. Los cirujanos nos suelen decir que es para saber con quién tomar café entre paciente y paciente; pero en realidad es por algo mucho más importante (sí, hay cosas más importantes que el café para un anestesista).

Miramos quién está cerca porque, en nuestra disciplina, lo primero que hay que hacer ante una situación crítica es pedir

ayuda. Antes incluso que atender al paciente. De hecho, podemos tener problemas legales si se descubre que, ante una complicación, no se ha pedido ayuda. Además, es fundamental saber a quién acudir en una situación crítica: cualquier compañero me ayudaría bien, pero todos tenemos gente con quienes trabajamos mejor.

En la zona de quirófanos la ayuda está muy cerca. Pero hay otras zonas del hospital, como la resonancia magnética, donde no tienes otros anestesistas alrededor. Si necesitas la ayuda en un lugar como ese, los compañeros tardarán en llegar unos pocos minutos. En una situación crítica, esos minutos pasan como horas.

Al cabo de dos horas, cuando estaba acabando la consulta, Javier me llamó al móvil:

—David, baja corriendo a la resonancia. El niño del neuroblastoma se ha puesto muy mal.

—Voy volando.

Decía que es importante saber a quién pedir ayuda. Pero también saber quién te la pide. Javier es de los mejores anestesistas que conozco, especialmente tranquilo y resolutivo. En otras palabras, si Javier te pide ayuda, la cosa es grave.

Cuando llegué a la resonancia, no me pude creer lo que estaba pasando:

—Al pincharle para coger la vía venosa se han disparado la frecuencia cardiaca y la tensión arterial. Lo he dormido más a través de la vía, pero la tensión sigue subiendo.

El niño se había puesto muy mal. Acudimos varios anestesistas. Efectivamente tenía la tensión arterial disparada, y con esos niveles y tan solo cuatro días de vida podía tener un infarto o una hemorragia cerebral en cualquier momento. Algo que podía llegar a ser fatal. Había que controlar esa tensión de forma urgente y determinar las cantidades de fármaco que aplicar a un cuerpo tan pequeño. Atrás quedaban las horas de aburrimiento; venían unos de esos minutos de estrés con segundos decisivos. Segundos que podían marcar la vida del niño para siempre.

Javier lideró el tratamiento del niño. En estos momentos de crisis es fundamental que haya un líder que organice al resto de los profesionales, pues de otra forma cada uno podría hacer lo que le

pareciera. No estar coordinados en estos casos suele acabar mal. A pesar de la situación, mantuvo la calma, tenía mucha experiencia. No necesitó dar un solo grito y transmitía tranquilidad a todo el equipo. Pero yo le conocía. Esas gotas de sudor que le caían por la frente, en el ambiente frío de la resonancia, demostraban que la procesión iba por dentro.

Tratamos con éxito al paciente y, una vez estable y dormido, decidimos realizar la resonancia magnética, que no suponía más riesgo al tratarse de un procedimiento sin apenas estímulos para el paciente. La necesitábamos para saber el pronóstico del niño y ofrecerle un tratamiento. Luego pudimos despertarle sin incidencias.

Como todo apuntaba a que teníamos ante nosotros uno de esos rarísimos casos en los que el tumor liberaba catecolaminas, decidimos ingresarlo en la unidad de reanimación. Les contamos a los padres lo que había pasado:

—¿Recuerdan que en casos muy muy raros estos tumores podían liberar catecolaminas?

—Sí, eso nos contaste.

—¿Y recuerdan que en algunos casos aún más raros podían elevar la tensión arterial y frecuencia cardiaca de forma grave?

—Sí, nos lo has contado hace unos minutos. ¿Qué pasa?

—El bebé ahora está bien, despierto y llorando porque tiene hambre, pero...

—Ay, muchas gracias, doctor —me interrumpió la madre.

—Espere, el niño está bien ahora, pero tuvo un momento crítico que por suerte pudimos controlar. Creemos que es uno de esos extraños casos en los que el tumor puede elevarnos la tensión arterial y ponernos las cosas difíciles.

—Pero ¿el niño está bien?

—Sí, ahora está bien, pero nos lo vamos a quedar bajo vigilancia en la reanimación a cargo de anestesia.

—Está bien, eso es lo importante, doctor.

Pensé en si debía seguir insistiendo en la gravedad del cuadro, pero vi que no era el momento. Ya llegaron abrumados sabiendo que su hijo tenía un tumor, no tenía sentido insistir con todo lo que

había pasado. En ese momento tenía la teoría de que los padres solo pueden asimilar las desgracias poco a poco. Ya habría tiempo para hablar con ellos (y para darme cuenta de que mi teoría era errónea).

El problema fue que en los días siguientes no dejaron de llegar malas noticias: la resonancia indicó que el tumor no estaba solo en las glándulas suprarrenales, sino que se estaba expandiendo, había metástasis. Además, seguía liberando catecolaminas: cada vez que el niño se ponía nervioso o sufría un estímulo doloroso, la tensión se elevaba de forma muy grave.

Las opciones eran pocas. Existía la muy remota posibilidad de que el tumor involucionara. Es muy poco frecuente, pero algunos tumores que surgen intraútero desaparecen solos cuando el bebé nace. Por desgracia, no parecía que este fuera a ser el caso, puesto que nuestro pequeño ya tenía metástasis. La opción habitual en estos casos era operar para extirpar el riñón, pero al niño no podíamos ni cogerle una vía porque la tensión enseguida se disparaba y eso podía ser fatal.

Decidimos esperar unos días para ver cómo evolucionaba y tomar una decisión bien consensuada; aunque, por desgracia, el tiempo iba en nuestra contra.

Un día antes de entrar a una guardia, pregunté por el estado del niño:

—¿Sabemos algo de Aitor, el pequeño con el neuroblastoma?

—Sigue igual, en cuanto se enfada se le dispara la tensión y todo apunta a que ese tumor hay que operarlo... Pero a ver cómo lo hacemos sin que se nos muera en quirófano.

A veces somos muy bruscos cuando hablamos entre nosotros de los pacientes, pero, por desgracia, era una realidad que operar a ese niño sin poder controlar la tensión antes era prácticamente una sentencia de muerte.

Esa tarde decidí leer todo lo que se había publicado sobre esa patología. Y cuando digo todo no es porque yo sea muy rápido leyendo, sino porque, desafortunadamente, había muy poco publicado. Acabé todos los artículos, dormí un rato y fui a la guardia.

En el hospital les dije a mis compañeros que creía que teníamos que administrarle una droga especial, que se suele dar a los adultos con tumores en las glándulas suprarrenales para evitar que se eleve la presión arterial a pesar de las catecolaminas. El nombre de la droga es difícil de pronunciar, fenoxibenzamina. Pero la pronunciación era el menor de los problemas; casi nunca se había usado en niños y menos aún en neonatos. Solo contábamos con la publicación de un médico en Estados Unidos que lo había utilizado en una decena de niños de ese tamaño. Eso era todo. Ahora que se está discutiendo tanto sobre los riesgos de las vacunas, pienso que ojalá los fármacos que a veces tenemos que utilizar con niños tuvieran ensayos clínicos tan amplios como los de las vacunas, con 40.000, 100.000 y hasta un 1.000.000 de pacientes que indican que es seguro. Pero no es así y toda la experiencia con la que contábamos en ese caso era la de un médico americano que había publicado sus casos. La mayoría de estos casos fueron exitosos.

Le escribimos un correo y nos contestó con la pauta que teníamos que darle al paciente, que coincidía con la que habíamos previsto. Con el dato contrastado, me decidí a hablar con los padres presentándoles la situación tal cual era:

—No estamos seguros de lo que vamos a hacer, pero, dadas las circunstancias, creemos que es la única posibilidad que tiene vuestro hijo de sobrevivir. El tumor sigue extendiéndose y tenemos que extirparlo. Todo el equipo de oncólogos, anestesistas y cirujanos estamos de acuerdo en eso, pero hasta ahora no sabíamos cómo hacerlo sin que se disparase la tensión. La única opción que tenemos es utilizar este fármaco, la fenoxibenzamina, para intentar bloquear las catecolaminas.

—Nos estás dando pocas opciones, David. Si no lo operamos, se puede morir... Si lo operamos, también se puede morir..., y para operarle de forma «segura» vais a usar un fármaco que se ha usado un puñado de veces en bebés.

Estaba claro que había subestimado a estos padres y que entendían perfectamente la situación y los riesgos. Claramente, estos padres entendían las desgracias, aunque vinieran varias de

golpe.

—Creo que su resumen es perfecto. Lo tenemos que operar; y para operarlo, tenemos que usar este fármaco. La experiencia es escasa, pero con buenos resultados. Pienso que es la opción más adecuada para tratar a vuestro hijo. Pero no os puedo engañar, la experiencia es poca y las certezas escasas.

—Confiamos en vosotros, haced lo que tengáis que hacer.

En ese momento ni yo mismo confiaba mucho en nosotros, pero creo que estos padres realmente sí lo hacían.

Decidimos empezar con la fenoxibenzamina en dosis muy bajas para estudiar con detenimiento la evolución, pero no vimos mucho efecto y tampoco teníamos tiempo porque el tumor seguía extendiéndose, así que las tuvimos que incrementar. Nuestra unidad de reanimación es abierta y creo que los padres, que a menudo andaban cerca, muchas veces nos escucharon debatir: algunos miembros del equipo defendíamos seguir con el fármaco, pero subiendo la dosis, otros apostaban por buscar otros medicamentos y había quien decía que teníamos que habernos arriesgado a hacer la cirugía días atrás. Fueron días angustiosos. De mucha incertidumbre. Y yo mismo dudaba de si el fármaco empezaría a hacer efecto. Cada día, lo primero que hacía al llegar al hospital era mirar la gráfica de enfermería para ver si la tensión del bebé había bajado, y por fin, cuando estábamos a punto de buscar otras opciones, la tensión arterial empezó a bajar. En una semana la tuvimos controlada, y ya no se elevaba cuando el niño se enfadaba o se le estimulaba.

La madre se animó a irrumpir un día en la unidad:

—Esto ha sido un éxito.

—Vamos a dejarlo en una pequeña victoria —le dije intentando ser prudente.

—Déjame celebrar las pequeñas victorias entonces.

Sonreí y le di la razón. Aunque pensaba para mis adentros: «Ahora solo queda anestesiar y operar a un canijo de tres kilos, y después darle quimioterapia». Pero comparto plenamente, y más en situaciones tan críticas, que las pequeñas victorias hay que celebrarlas, porque nos dan el ánimo necesario para seguir, y aquel

avance era todo lo que teníamos por el momento.

El día de la cirugía no me tocó a mí anestesiar al niño, sino a una compañera, pero durante la reanimación yo había tenido mucha relación con los padres, así que fui a verlos. Estaban muy nerviosos. Le preguntaron a Juan, el cirujano:

—¿La operación es muy difícil técnicamente?

—Si la tuvieran que hacer ustedes, sería dificilísima, pero haciéndola yo, creo que va a ser más o menos sencilla.

Los padres se tomaron bien el comentario y se rieron. A veces, en situaciones tan críticas, una pequeña broma ayuda.

Yo cogí a Aitor en brazos y jugué un poco con él. Antes de meterlo al quirófano, le dije al padre:

—Bueno, un beso y vamos para adentro.

—Claro —respondió.

Se vino hacia mí y me plantó un beso en la mejilla.

—Pero ¿qué hace, hombre? A su hijo, no a mí.

—Yo qué sé, doctor. Usted me ha dicho lo del beso y yo le doy un beso y lo que haga falta.

Entre risas, fue cuando me di cuenta de hasta qué punto habían confiado ciegamente en nosotros durante todo el proceso.

En quirófano, el miedo que teníamos era que la tensión se volviera a disparar. Todo había ido bien en ausencia de estímulos dolorosos importantes, pero ¿qué iba a pasar cuando empezáramos a coger vías y a provocar dolor con la cirugía? ¿Funcionaría la fenoxibenzamina? Además de ese fármaco le dimos analgésicos y le pusimos una epidural, a pesar de su tamaño, para intentar controlar el dolor y todos los posibles estímulos. Finalmente, no hubo ningún susto. Juan no los había engañado: la operación fue sencilla. Pudimos despertar al niño sin incidencias y llevarle de nuevo a la reanimación con sus padres, pero ya sin el tumor que tantos problemas nos estaba dando. A los pocos días, le pudimos dar de alta de nuestra unidad, pero Aitor fue uno de esos niños que «adoptamos», pues seguimos su caso muy de cerca.

Unas semanas después empezó la quimioterapia, que también fue un éxito. Y pasados unos meses, pudimos decir que el niño estaba curado.

La relación había sido tan buena y tan intensa que todos nos alegramos especialmente. Era como si el éxito hubiera sido de un familiar propio.

En una de las revisiones en la que los padres vinieron a visitarnos me dijeron:

—Hemos tenido muchísima suerte con vosotros.

—Creo que hemos tenido suerte a secas —contesté.

Cuando las cosas salen bien, los pacientes tienden a creer que tenemos poderes sobrehumanos, o nos ponen la socorrida etiqueta de «héroes». Yo entiendo su sentimiento de gratitud, pero la triste realidad es que no es así. Nosotros seguimos los pasos de la ciencia, que por desgracia en niños va muy por detrás de lo que nos hace falta, porque necesitamos más investigación. Y, por desgracia también, la suerte sigue siendo un factor fundamental para todo en la vida, pero también en un hospital.

—¿Suerte? —dijo la madre—. Os he visto estudiar en la reanimación, hablar cada día de mi hijo, sufrir con nosotros, poner una epidural a un niño de tres kilos, resolver episodios gravísimos. ¡Nuestra suerte habéis sido vosotros!

—Para suerte, la que tiene Aitor de tener una madre tan torbellino como tú, capaz de contestar a cualquier cosa. Pobre, qué adolescencia le vas a dar... —le dije riéndome.

Ella también rio, y el padre se limitó a sonreír mientras me daba un cariñoso golpe en el brazo. Rápidamente sentí esa sonrisa y ese golpe como dos gestos sinceros de agradecimiento. Y me hicieron sentir bien. Muy bien. Supongo que las horas de aburrimiento y los segundos decisivos tienen estas pequeñas grandes recompensas.

En el caso de Aitor las cosas salieron bien, está claro que hubo ciencia, estudio, habilidad..., muchas cosas detrás del éxito. Pero estoy seguro de que también hubo suerte, al menos un poco. Cuanta más experiencia adquiero en el hospital, más me doy cuenta de que la suerte también es importante, y de que yo prefiero tenerla siempre de mi lado.

2

Las dos puertas del paritorio (I)

Para un anestesista hay dos formas de salir de un paritorio: por la puerta grande o por la enfermería. Este símil taurino se debe a que mucha gente al vernos poner una epidural ven similitudes con pinchar una banderilla.[1] La diferencia es que mientras unos torturan seres vivos otros intentamos aliviar su dolor. El paritorio puede ser un espacio mágico y lleno de vida, pero también un lugar hostil, en el que tienes la supervivencia de dos personas en tus manos y en el que por desgracia no solo la vida está presente; en raras ocasiones, también la muerte aparece.

En el paritorio, para los pacientes y familiares, puedes ser héroe o villano. Y a veces pasamos de lo uno a lo otro en muy poco tiempo, particularmente los anestesistas. Los primeros dolores por las contracciones nos ponen en el punto de mira:

—Hola, Martina, soy el doctor Callejo, tu anestesista.

—Pues haz algo, por favor. Es tu trabajo, ¿no?, ¡quitarme el dolor! ¡Me muero de dolor!

—Unas preguntas y empezamos. ¿Eres alérgica a algún medicamento?

—Que yo sepa, no..., pero ¡qué coño importa! ¡Pínchame ya!

—Esto es por tu seguridad. ¿Tienes alguna enfermedad? ¿Te han operado alguna vez de algo? ¿Tomas alguna medicación que no sea la del embarazo?

—Estaba sana hasta ahora, ¡que me muero de dolor! Y no tomo nada. Bueno, tomo la heparina...[2] Pero ¡¡¡pínchame ya, por favor!!!

—¿Heparina? ¿Cuándo fue la última vez que se la pinchó?

—Dejé de usarla hace una semana... ¿Esto es necesario? ¡¡¡Pínchame!!! ¡No puedo más!

Esta conversación, que no dura más que un minuto —aunque a las mujeres se les puede hacer eterna, como es normal—, es crucial. Si el paciente fuera alérgico a los anestésicos locales, podría tener un *shock* anafiláctico con la epidural que acabaría con la vida de la madre y del bebé. Además, existen enfermedades y fármacos que contraindican la epidural. Es fundamental dedicar dos minutos a hacer algunas preguntas antes de pinchar. La epidural es para aportar confort a la paciente, pero siempre de forma segura. Estas preguntas son imprescindibles.

—Perfecto, Martina, te voy a pinchar. ¿Te han puesto alguna vez la epidural?

—No, nunca..., pero ¡no veo la hora!

—Te voy a explicar el proceso. Lo más importante, como en tantas cosas en la vida, es la postura. —Intento rebajar la tensión con el chiste—. Y estarse muy quieta.

—¿Cómo me voy a estar quieta si me muero de dolor?

—Tranquila, en la postura en la que te voy a colocar te dolerá menos. Hombros relajados, barbilla pegada al pecho. Y, ahora, quiero que saques la espalda hacia atrás. Como una gamba... o como los gatos cuando se enfadan.

—¿Y si me viene una contracción?

—Van ya muy seguidas, así que alguna vendrá mientras te pincho. Cuando pase, me avisas, pero necesito que sigas muy muy quieta. Tranquila, TODAS sois capaces de aguantar quietas unos minutos a pesar del dolor. Tú también podrás.

—Vale, lo intentaré.

—Ahora viene un pinchazo con una aguja muy fina; como la de la insulina. No vas a notar el pinchazo, pero sí un poco de escozor en la zona. Es la anestesia local.

—Sí, noto escozor... Pero, vamos, nada comparable con las malditas contracciones.

—Ahora voy con la epidural. Vas a notar presión en la espalda. Tranquila, respira hondo.

—Que acabe ya esto. Me va a venir una contracción...

—Cuéntame, ¿cómo vas a llamar al bebé?

—Creo que Daniel, pero no lo tenemos nada claro.

—A mí me iban a llamar Celestino, como mi padre, y al final fui David. Si te quito el dolor, ¿llamas David a tu hijo?

—¡¡¡Si me quitas el dolor, lo llamo Celestino!!!

—Ahora necesito que estés más quieta aún. Son dos segundos —le dije mientras reía.

—Vale, doctor.

Así lo hizo, y yo me dispuse a terminar mi trabajo.

—Bien, Martina, ya estoy en el espacio epidural. Ahora puede que notes un calambre al pasar el catéter por la aguja.

—No noto nada.

—Justo ahora lo vas a notar.

—Uy..., una sensación de calambre, sí... Por la pierna derecha. ¿Qué es esto?

—Tranquila, se va a pasar. Ya no tienes la aguja en la espalda. Lo molesto ya pasó. Y estoy seguro de que el calambre ya se fue.

—¿Hemos acabado? ¡Esto no ha sido nada comparado con las contracciones!

—Tengo que hacer aún algunas comprobaciones. Mira, Martina, ahora puede que notes un sabor metálico en la boca, pitidos en los oídos o que te pones muy nerviosa. Si notas cualquiera de esas cosas, me lo dices. Pero lo normal es que no pase nada.[3]

—No noto nada, doctor.

—Eso es bueno, te voy a fijar esto con unas pegatinas y hemos acabado.

—¿Ya está? ¿Ya no me va a doler? Pero si me está viniendo justo ahora otra contracción. ¡Algo va mal! ¡¡¡Me duele igual!!!

—Tranquila, Martina, necesito unos veinte minutos para que haga el efecto completo. Te queda una contracción más de las malas. La siguiente será más corta. Y la siguiente probablemente ya casi no te duela. Voy a rellenar papeles aquí fuera, te dejo con la matrona, en diez minutos vuelvo y te habrá cambiado la cara.

—No sé yo.

Tras pinchar la epidural, hay que rellenar distintos papeles

por protocolo, algo tedioso. Pero según pasan los años me doy cuenta de la importancia de estos protocolos para la seguridad del paciente. A los diez minutos volví a entrar en la habitación de Martina y la encontré con una sonrisa de oreja a oreja.

—David, ¡¡¡te quiero!!!

—La historia de mi vida..., solo me quieren a ratos. Y a ratos cada vez más cortos.

—David, no me duele NADA. ¡Es increíble! —me dijo. Era la viva imagen de la felicidad.

—Me alegro mucho, ahora necesito que me escuches.

—Sí, claro, dime.

—Tienes un catéter en la espalda por donde te estoy pasando medicación. Lo que quiero es que puedas percibir que te viene la contracción, pero que no te duela. Pero necesito que la notes para poder empujar.

—Así es como estoy ahora, ¡perfectos, entonces!

—Sí, pero queda mucho parto y pueden pasar dos cosas. Uno, que nos pasemos de dosis y se te duerman mucho las piernas. Si pasa, avísanos, porque no queremos eso y reajustaremos la dosis. O dos, que según avance el parto, te empiece a doler de nuevo. Tampoco queremos eso, así que avísanos y pondremos más dosis.

—Vale, David. Y si tuvierais que hacerme una cesárea, ¿cómo sería?

—Tranquila, a través del catéter te pondremos más dosis y te dejaremos completamente dormida de cintura para abajo.

—Un millón de gracias, de verdad.

—Entonces, ¿llamamos al peque Celestino?

—Ni de coña.

Esta es la montaña rusa de la epidural: te empiezan amando al entrar porque piensan que vas a hacer magia. Luego te odian por las preguntas y el pinchazo. Después te vuelven a amar si la epidural hace efecto. Pero existe la posibilidad de que vuelva a haber odio, incluso unos días después:

—Hola, ¿es el anestesista? Necesito que vengas a valorar a la

paciente de la habitación 410. Es una mujer sana que parió hace veinticuatro horas sin problemas. Hoy, al levantarse para el aseo, empezó con el que dice que es el peor dolor de cabeza de su vida.

—Vaya... Ahora mismo subimos.

Probablemente, la mujer tiene una cefalea pospunción. Cuando vamos a la habitación de estas pacientes, la escena suele ser siempre igual. Nos encontramos a una mujer completamente tumbada en la cama y a un padre ocupándose del niño.

—Hola, Julia, soy el doctor Callejo, uno de los anestesistas. Me han dicho que te duele la cabeza.

—Hola, doctor. Así tumbada no me duele nada. Pero en cuanto me incorporo o me pongo de pie, tengo el peor dolor de cabeza de mi vida.

En ese momento explico lo que le ha pasado y el carácter benigno del cuadro.[4]

—Doctor, me alivia mucho saber que conoce la causa de lo que me pasa. Pero me tendrá que dar una solución.

—Tienes razón: te he contado mil cosas y no te he dado soluciones. Hay dos opciones, la menos agresiva es que bebas mucho líquido y tomes analgésicos habituales, como antiinflamatorios. La cafeína también tiene efectos positivos. Pero si vas a dar lactancia materna es problemática. Pasarás a tener menos dolor de cabeza por este motivo, pero un poco más porque tendrás a un bebé insomne. Algo de cafeína saldrá con tu leche materna y la tomará el bebé.

—Ya me tienen con todo tipo de analgésicos y este es el peor dolor de cabeza de mi vida. No me puedo mover, no puedo ponerme de pie, no puedo cuidar a mi bebé.

—Como te decía, hay otra opción un poco más agresiva, pero más eficaz.

—Lo que sea.

—Podríamos hacerte un parche hemático.

—¿Un qué? Por favor, dímelo en cristiano.

—Te tendríamos que bajar a quirófano para tener un ambiente estéril. Entonces yo te pondría de nuevo una epidural.

—¿Cómo una epidural? Pero si la epidural es la culpable de

todo esto.

—Sí, pero puede ser la solución. Te pincharía una epidural y, una vez que hubiera localizado el espacio epidural, le pediría a un compañero que, de forma estéril, te sacara sangre del brazo. Mi compañero me daría esa jeringa estéril de sangre. Y yo la inyectaría a través de la aguja al espacio epidural. Esa sangre se coagulará sobre la duramadre que estaba perforada, que es la causa del problema. La sangre formará ahí una costra que evitará la fuga de líquido cefalorraquídeo y frenará el dolor de cabeza en pocas horas.

—O sea, que, para quitarme el dolor, me tenéis que dar dos pinchazos más. Uno en el brazo y otro en la espalda.

—Exacto. Además, tienes que entender que, aunque voy a hacerlo con extremo cuidado, puede que yo también falle al hacerte la epidural. Un posible riesgo es que yo mismo pueda volver a dañar la duramadre. Además del riesgo de infección y meningitis, aunque hagamos todo estéril. Por otro lado, este dolor de cabeza suele ser autolimitado, lo habitual es que haya desaparecido en una semana.

—Pero ¿una semana con este dolor? Así no puedo estar, además tengo otra hija de tres años en casa. ¿Usted qué haría?

Esta es la pregunta más habitual en un hospital, pero no siempre tenemos una respuesta simple. No todo es sí o no.

—Yo entiendo todos los riesgos, y creo que en este caso los beneficios superan los riesgos. Así que creo que me haría el parche hemático.

—Adelante, entonces. Maldita epidural. Esto es una tortura.

—Recuerda que te voy a hacer otra epidural para quitarte el dolor, Julia. Vamos a por ello.

Después de poner el parche hemático, la escena que nos encontramos también suele ser bastante típica. Una madre sentada o de pie. Con el niño en brazos y con una gran sonrisa en la cara al ver entrar al anestesista:

—Doctor, un millón de gracias. Estoy perfecta, como si nada. ¡Qué maravilla de epidural!

—Pero ¡si hace un rato la odiabas!

—Estoy recién parida y puedo odiar y amar lo que me dé la gana.

—Toda la razón... Felicidades, has tenido un niño precioso —le dije mientras le sonreía.

Esta es la secuencia de la epidural: dolor, odio, analgesia, amor... Más dolor y más odio. Más analgesia y más amor. Es algo así como una relación de pareja muy tormentosa, que, en la mayor parte de los casos, suele tener un final feliz. Por desgracia, ese no siempre es el caso.

3

Las dos puertas del paritorio (II)

Es mucho lo que nos jugamos entre las cuatro paredes del paritorio y, quizá por eso, por la alta concentración de emociones, es allí donde tienen lugar las historias más surrealistas de los hospitales. O, por lo menos, esa ha sido mi experiencia.

Antes de la epidural, hay algunas matronas que ofrecen ponerle un enema a las mujeres que van a dar a luz. Es una práctica habitual en algunos centros, pero que no tiene mucha evidencia científica. Después del enema, a algunas mujeres se les ayuda a asearse si lo solicitan y la situación lo permite. Después del parto puede que estén molestas y la higiene será más complicada. Ese día me tocaba a mí pinchar epidurales y vi a un hombre salir como loco de una de las habitaciones del paritorio. Yo no los había atendido, pero, igualmente, se vino hacia mí.

—¡Doctor! ¡Doctor!

—¿Qué ha pasado? —le pregunté alarmado.

—¿Cómo que qué ha pasado? Pero ¿qué le han hecho a mi mujer? ¿¿¿Qué le han hecho a mi mujer???

Según dijo esto, mi compañera y yo salimos corriendo hacia la habitación de la paciente. Estábamos en el pasillo y pudimos llegar en cuatro zancadas, pero estas cuatro zancadas se hacen eternas. En paritorio hay situaciones que se deciden en segundos, y por eso es tan importante la monitorización y tener un equipo entrenado (lo de entrenado no es para que corran más rápido, que también).

Cuando llegamos a la habitación, me encontré a una mujer sentada en la cama, jugando con el móvil. Al entrar, nos sonrió y

nos dijo:

—Qué maravilla de epidural, ya no me duele nada...

Me giré hacia el hombre.

—Pero ¿qué le hemos hecho a su mujer? Si está todo perfecto.

—¿Perfecto? ¡Que ya no huele a hembra, doctor! ¡Que ya no huele a hembra! Yo no sé qué ha hecho la epidural que ya no huele... ¡a hembra!

Nos dio la risa a todos.

—Aquí lo único que pasa es que la hemos lavado. Pero no se preocupe, que el olor de antes siempre se puede recuperar.

El sexo suele ser lo que lleva a la gente a los paritorios, pero a veces los paritorios también llevan a la gente al sexo. Sé que puede resultar difícil de entender, pero aquí va otra historia.

En ocasiones, a las mujeres primíparas —las que paren por primera vez— hay que hacerles una episiotomía.[1] Es un pequeño corte en la vagina y periné para ampliar el canal del parto. En algunos casos, es necesario utilizar fórceps y luego suturar. No es grave, pero sí aparatoso, y por desgracia a veces la epidural no cubre la zona de la vagina tan bien como la de las contracciones. Hay mujeres que notan alguna molestia en la episiotomía a pesar de la epidural.

Ese día había en el paritorio unos padres primerizos con pánico a la episiotomía. Preguntaron por ella mil veces (algo no tan habitual, y menos mientras se pincha la epidural):

—Entonces me van a hacer episiotomía, doctor.

—Lucía, estamos en la epidural. Queda aún mucho parto y es imposible saber si será necesario ahora.

—Pero, si me la hacen, ¿quedará mucha cicatriz?

—Si el ginecólogo decide hacerla, hará el corte más pequeño posible para permitir que salga el pequeño.

—¿Me lo prometes?

—No depende de mí, depende del ginecólogo. No te lo puedo prometer. Yo me ocupo de cuidarte y de que no tengas dolor.

—Entonces me puedes prometer que, si me hacen la

episiotomía, ¿no me va a doler?

Ahí me había pillado.

—Prometer eso también es difícil, Lucía. A veces la zona de la vagina no se duerme tan bien como la tripa con la epidural. Quizá notes un pelín de molestia, pero no será dolor. Y voy a intentar que no notes nada.

—Bueno... —me dijo sin estar muy convencida.

El parto avanzó y poco a poco me fui ganando su confianza. Con la epidural estuvo muy bien y me lo agradeció. En el momento final, hubo que hacer episiotomía. El niño era un poco cabezón, así que se hizo un poco más grande de lo habitual. Por suerte, la paciente siguió muy cómoda.

Al salir de guardia al día siguiente, pasé por el cuarto de Lucía. Había empatizado con ella y con su pareja. Además, justo cuando salió el niño me llamaron de una urgencia y tuve que irme de su habitación. Casi ni los había felicitado.

Llamé a la puerta y, cuando entré, encontré a la mujer tumbada de medio lado, dando la espalda (y el culo) a su marido, que estaba de pie a su lado, sin dejar de moverse, de forma rítmica y a golpe de cadera. Soy muy comprensivo con las necesidades de los demás, pero ahí había demasiado en juego:

—¡Para, para, para! No podéis tener sexo... ¡Por favor, la episiotomía!

Ella levantó la cabeza muy tranquila:

—No, no. Estese tranquilo.

—Lucía, que no puedes... ¡Acabas de parir!

—Doctor, no se preocupe, es sexo anal.

—Pero...

—Nos ha costado mucho quedarnos embarazados, y había que celebrarlo —me dijo el marido.

Pálido, di media vuelta y me fui de allí, cerrando la puerta despacio... para no despertar al bebé, que dormía plácidamente a dos metros de sus padres.

La palidez tiene mucho que ver con otra historia que viví poco

después. Todo comenzó de nuevo mientras le pinchábamos la epidural.

Es un procedimiento delicado y necesita de mucha concentración; además, al ver la aguja tan grande, muchos se marean, así que la mayoría de mis compañeros les piden a los acompañantes de las embarazadas que salgan. A mí no me importa que se queden, pero siempre les advierto en tono de broma:

—Eso sí, cuando estoy de guardia de maternidad yo solo atiendo a mujeres.

—No, doctor. Es mejor que mi marido se vaya —dijo ella.

—Si se pone de cara a su mujer y se centra en mirarla a la cara y ayudarla, a mí no me verás casi. Estaré en su espalda pinchando.

—No, no. Es que es muy asustadizo y se marea seguro. De verdad, mejor que se vaya.

A él se le veía tranquilo y con ganas de quedarse, pero yo noté algo raro, así que incliné la balanza hacia el lado de ella. A fin de cuentas, las mujeres son las protagonistas en el parto:

—Bueno, es verdad que el procedimiento es delicado y no queremos más complicaciones. Será mejor que nos quedemos solos.

Al poco de cerrar él la puerta, ella rompió a llorar.

—Qué vergüenza.

—Tranquila, mujer... No pasa nada por tener un marido aprensivo, yo mismo me mareo cuando me sacan sangre —dije sin saber muy bien lo que pasaba.

—No, doctor, no es eso... Justo antes de quedarme embarazada, o quizá al mismo tiempo, no lo sé, me acosté con un senegalés sin usar protección. Y ahora..., ahora no sé si el niño será de ese otro hombre o será de mi marido.

Era evidente que estaba muy angustiada.

—¿Él sabe algo? —pregunté torpemente.

—Nada. ¿Cómo lo va a saber? Lo único que os pido es que, en el momento del parto, os inventéis algo para sacar a mi marido. Necesito ver primero si mi hijo tiene rasgos africanos.

Nos pusimos en su piel y comprendimos el mal trago que debía de estar pasando, se la veía desesperada. Y, claro, hicimos lo

que nos pidió. Antes del parto pusimos una excusa médica para que él tuviera que salir y nos hizo caso sin oponer demasiada resistencia.

A pesar de la epidural, los últimos pujos suelen ser dolorosos. Pero la mujer no se quejó ni una sola vez. Tan solo nos preguntaba entre contracciones:

—¿Se ve ya? ¿De qué color es? ¡Contadme algo!

Su angustia me daba pena.

—Tranquila —le dije al fin—, es tan blanco como la luz de este paritorio.

Ella empezó a llorar, no sé si de alegría o de pura liberación.

Desafortunadamente, no todas las historias que tienen lugar allí acaban bien.

Cuando entré al hospital, un anestesista veterano me dijo:

—Nunca se te puede morir una embarazada, pero si se te muere, nunca puede ser en verano. Porque no hay fútbol ni política, y vas a abrir todos los telediarios.

La visión de la medicina que tenía aquel especialista era un tanto particular, pero me sirvió para darme cuenta de algo muy importante: para todos es casi inconcebible que le pase algo malo a una mujer embarazada. Incluso cuando uno va al quirófano por una simple apendicitis o una fimosis, y algo se complica, es más asimilable que en el caso de una embarazada. Los partos son el comienzo de una vida, nadie está preparado para lo contrario. Y, sin embargo, la tasa de complicaciones de los partos y cesáreas es mucho mayor que la de una cirugía programada, incluso diría que en la mayoría de las cirugías de urgencias. ¿Esto quiere decir que parir o que una cesárea sean algo peligroso y haya que tenerles miedo? En absoluto: son procesos más que seguros hoy en día, sobre todo por los medios que tenemos en cuanto a diagnóstico precoz, monitorización y tratamiento. Sin embargo, no debemos confiarnos: el parto es un proceso que puede ir mal. Y siempre hay que tener mil ojos encima de las embarazadas. Pero a veces, hasta teniendo mil ojos, las cosas van mal.

De guardia en el Hospital Infantil, me llamaron de maternidad. La zona donde yo trabajo en quirófano habitualmente está a solo unos metros de los quirófanos de maternidad y del paritorio.

—David, parece que hay un problema con una embarazada y necesitan manos.

Cuando alguien te dice eso, acudes corriendo sin preguntar. «Un problema con una embarazada» es sinónimo de urgencia grave, y más si se pide la ayuda de anestesistas.

Cuando llegué al quirófano de maternidad, me encontré una escena difícil de olvidar. Había muchos anestesistas, todos ellos mucho más expertos y brillantes que yo. Uno acababa de intubar a la paciente, otros habían canalizado vías periféricas, otro una arteria, y otros se turnaban para dar masaje cardiaco. Todos estaban funcionando como un reloj. Solo me faltaba una cosa por resolver:

—¿Qué ha pasado?

Había sido un parto bastante normal; quizá un poco más rápido de lo habitual. Mientras le suturaban la episiotomía, empezó a decir que notaba un picor raro en la nariz y la boca. El marido estaba junto a ella y le decía que estuviera tranquila, que eran los nervios. De pronto, la mujer perdió el conocimiento, el marido y el personal sanitario la empezaron a llamar y antes de administrar medicación recuperó la consciencia. Pudo decir: «Me encuentro muy mal» y volvió a desmayarse. Los anestesistas ya estaban en la habitación, comprobaron que no había pulso e iniciaron el masaje cardiaco y las medidas de resucitación. En estos casos, se lleva a la paciente a quirófano, pues es un ambiente más estéril y, sobre todo, más preparado.

En quirófano, varios anestesistas trabajaron en equipo como si fueran los mecánicos de la Fórmula 1. Todas las técnicas que realizaban requieren precisión, pero con una paciente en paro cardiaco se vuelven especialmente complejas. Mis compañeros lo habían hecho todo cuando llegué, pero la paciente seguía sin latidos.

En estas situaciones, es fundamental que haya un líder que

dirija y piense, alguien que no haga técnicas, que ordene a los demás lo que hacer. Y es importante que el líder busque un probable diagnóstico de lo que le sucede al o la paciente. Aquí la sospecha era que se trataba de una embolia de líquido amniótico o una hemorragia obstétrica. Por el cuadro brusco, y ese picor antes del cuadro, podía ser una embolia de líquido amniótico. Sin embargo, no se podía descartar que fuera una hemorragia, pues en las analíticas que se le hacían a la paciente la hemoglobina bajaba de forma rápida.

Se iniciaron los tratamientos para estos dos cuadros, y se empezó a transfundir a la paciente rápidamente. Sin embargo, su corazón no volvía a latir. Era una mujer sana y joven; así que se avisó a los perfusionistas[2] para que la metieran en ECMO.[3]

Los perfusionistas, por suerte, estaban libres y pudieron acudir muy rápido, pero la paciente continuaba muy inestable, no paraba de sangrar. Y lo peor es que seguíamos sin saber qué pasaba. A estas alturas, una embolia de líquido amniótico parecía la causa más probable. Este cuadro puede provocar una coagulación intravascular diseminada[4] con hemorragia grave, pero ¿tan grave como en esta paciente? Los anestesistas más veteranos pensaban que no, así que decidimos abrir la tripa y ahí vimos que había un hematoma retroperitoneal enorme.[5] Los ginecólogos habían hecho varias ecografías, pero en ninguna se había visto nada de sangre. Sin embargo, por detrás de las tripas, había hasta seis litros ahí acumulados que se estaban perdiendo de algún sitio, no sabíamos de dónde. Y no hubo manera de averiguarlo. A las tres horas, cejamos en el empeño porque el pronóstico cerebral, después tanto tiempo en parada, es infausto. Tuvimos que dejarla morir.

Después de que todo pasara, no podía dejar de pensar en el equipo que había estado con la paciente. Todos mis compañeros son excepcionales, pero si pudiera elegir a quién me gustaría tener cerca si un día me pasa algo... sería justo a ellos. Además, ese día, se anuló el quirófano de cirugía cardiaca infantil, lo que permitió

que los perfusionistas estuvieran libres y la paciente entrara en ECMO a la velocidad de la luz. Todo el equipo trabajó de maravilla, todas las condiciones fueron favorables, pero la paciente estaba muerta.

Y es que hay cosas contra las que no podemos luchar. En la autopsia, supimos que las causas de la muerte fueron dos: tuvo una embolia de líquido amniótico, pero además sufrió un desgarro en la parte posterior del útero que provocó esa gran hemorragia. Seguro que la hemorragia empeoró por la propia embolia de líquido amniótico. Dos de los cuadros más letales se juntaron en una misma paciente, y no pudimos salvarla. De nuevo, la suerte como factor diferencial. ¿Qué posibilidades hay de tener dos de los cuadros más letales en una paciente embarazada a la vez? Muy pocas, era la primera vez que nosotros lo veíamos. Pero pasó.

Ahora quedaba otra parte muy dura: informar a la familia. El marido había estado apenas tres horas antes hablando con ella con normalidad. Felices porque el niño había nacido bien, ilusionado por todo lo que venía ahora, por todos los proyectos en familia. Ese día, la familia de ese hombre había cambiado de forma dramática. Así que hubo que ir a darle la peor de las noticias: que no sabíamos todavía cómo, pero su mujer había fallecido.

En el hospital a veces nos sentimos invencibles. En concreto en los grandes hospitales terciarios tenemos muchos medios y hay un equipo de gente excelente, así que, en cierto modo, sientes que cosas así no te pueden pasar. Si un familiar sufriera una parada cardiaca y yo pudiera elegir un equipo, tengo claro que sería el de aquel día. Pero a veces tenerlo todo no sirve de nada.

Todo el equipo se quedó hundido y el clima del resto de la guardia fue de fracaso total. Con los años, tratas de ponerte una coraza cada día, pero es imposible no empatizar con los pacientes y más en una situación tan dramática. La jefa de anestesia de maternidad, que también estuvo allí y que lleva toda una vida dedicada a la obstetricia, me dijo:

—David, las embarazadas todavía se mueren. Con los medios que tenemos en el siglo XXI. A alguna le toca y a esta mujer le ha tocado.

Y eso, ponerlo en perspectiva, era lo poco que podía hacer para sobrellevarlo. Porque lo único que consuela es pensar que cosas así pasan muy pocas veces y que la inmensísima mayoría de los casos tiene final feliz.

Hace algo más de un año mi hermana nos anunció al resto de la familia que estaba embarazada. La alegría se vio empañada porque, poco después, se decretaba el confinamiento en toda España. Tal y como les habrá pasado a tantas otras personas en nuestro país, y en todo el mundo, mis padres, mi otra hermana y yo tuvimos que vivir los meses más bonitos de ese embarazo a través de una pantalla.

Me dio mucha rabia. En casa somos tres hermanos y ella, la mayor, me saca siete años a mí y once a mi hermana pequeña. Como nuestros padres trabajaban mucho, ella siempre cuidaba de nosotros.

Hasta hace poco no he sido consciente de lo mucho que mi hermana mayor ha definido mi carácter. Es la clase de persona capaz de olvidarse de sí misma por cuidar a los demás. Pero también es estricta, alguien que se preocupa por mí y que siempre me ha hecho ver cuando no voy por el buen camino.

Recuerdo que con catorce o quince años todos mis amigos empezaban a fumar. A mí me parecía que eso los hacía más interesantes a ojos de las chicas, así que estaba decidido a sumarme a ellos. Un buen día, decidí que ese fin de semana iba a probar el tabaco. Algo debió de notar mi hermana, que vino a hablar conmigo a mi cuarto mientras estudiaba:

—Devi, ayer vi a dos de tus amigos fumando por la calle.

—Sí, a veces fuman...

—¿Y tú? ¿No vas a fumar?

—Tata, estoy estudiando, mañana tengo examen.

—Yo también estuve a punto.

—¡Yo no he fumado!

—Nadie dice que lo hayas hecho, pero déjame contarte mi historia. Con tu edad todos mis amigos empezaron a fumar; y yo

misma estuve a punto de probarlo. Pero me di cuenta a tiempo de que no iba a ser más guay o interesante por fumar. Lo más valioso que tenemos es la educación que nos han dado mamá y papá a pesar de lo poco que están en casa. Si quieres fumar, fuma. Pero piensa si realmente eso te va a hacer más atractivo, más guay y, sobre todo, más feliz.

—Yo no he fumado, ¿me puedes dejar en paz y cerrar la puerta?

Seguramente ella salió del cuarto pensando que aquella conversación me había entrado por un oído y salido por el otro, pero la realidad es que no he dado una calada a un cigarro en toda mi vida.

Ella nos cuidaba, nos educaba y luchaba para que mis padres, a los dos pequeños, nos dejaran hacer las cosas que a ella no le habían permitido.

Además, su camino hasta quedarse embarazada no fue fácil, lo persiguió durante dos años y, como no lo conseguían, ella y su pareja acudieron a la fecundación *in vitro*. La frustración por no haber podido compartir con ella esos meses de felicidad solo se atenuaba al pensar que, al menos, había podido acompañarla en buena parte del proceso.

Estuve con ella, por ejemplo, en el momento de sacarle los ovocitos, que después se le reimplantarían, una vez ya fecundados. Es también en ese momento cuando se saca la muestra de semen de la pareja. Para dormir a mi hermana usamos propofol,[6] una sustancia que hace que se suelte la lengua. Se despertó verborreica perdida y empezó a preguntarles a todos los médicos que pasaban cerca de ella:

—Disculpe, doctor, ¿se ha hecho ya la paja mi marido? ¿Dónde se hace la paja?

—No te preocupes, tata, él está bien. Ya hablaremos de eso... —trataba de contenerla mientras mis compañeros intentaban disimular la risa.

—Pero ¿se la va a hacer aquí o le llevan a otro sitio? ¿No habrá alguien que se la haga?

—Lo de la paja lo tenemos controlado, créeme. Ahora vamos

a ocuparnos de ti y de que se te pase la anestesia.

También viví el momento de implantar los dos embriones, de los cuales uno salió adelante. Tuve el privilegio de ser el primero en enterarme y la ginecóloga me dijo:

—¿Por qué no la llamas y se lo cuentas tú? Le hará más ilusión.

La llamé por la mañana. Y, como ella no quería decirlo todavía en el trabajo, le pedí:

—Sal de la oficina. Tengo que decirte una cosa.

A todo el mundo le asusta que le llame un médico, aunque ese médico sea tu hermano. Recuerdo que se puso nerviosa, porque, además, en aquella época mi madre estaba esperando un trasplante hepático.

—¿Qué le ha pasado a mamá, David?

—No es eso.

—Entonces, ¿qué ha pasado? ¡Dime!

—A mamá no le pasa nada. Lo que pasa es que tú vas a ser mamá. ¡Estás embarazada!

—No puede ser. Júrame que es verdad, júralo. —Ella tenía muy poca fe en la fecundación *in vitro*. Llevaba dos años de desilusiones.

—Que sí, mujer. Todavía pueden pasar muchas cosas, pero de momento estás embarazada.

Dos o tres meses después, se decretaba el estado de alarma, así que vivió buena parte del embarazo sola con su marido. Pasó marzo, abril, mayo... El día que mi hermana entró al paritorio, en mayo, yo llevaba tres o cuatro meses sin verla, primero por el confinamiento y luego por su seguridad, porque con mi grado de exposición al virus no era seguro verla, ni siquiera en los paseos.

Aquel día yo estaba nervioso, justamente porque conozco de primera mano los dramas que a veces suceden en los paritorios. Algo así les pasará, supongo, a los trabajadores de la DGT cada vez que cogen un coche. Afortunadamente, el parto fue muy bien. En el momento en que sacaron a Vega, mi sobrina, y la pusieron al fin sobre mi hermana, su cara irradiaba felicidad. Nunca la había visto así.

—Devi, soy mamá.

—Tata, mamá llevas siendo desde que yo nací. Pero sí, ¡eres mamá!

Nunca olvidaré su cara de felicidad en ese momento. Todos estábamos contentísimos.

Y algo aliviados, hay que decirlo, porque la niña se pareciera a mi hermana, y no tanto a mi cuñado.

4

Las apariencias y la consulta engañan

En la consulta de anestesia a veces uno se muere... de aburrimiento. Pero resulta que, un día en consulta, tuve miedo a morir de verdad.

Esta historia empieza en otra de esas apacibles y aburridas mañanas de consulta. Para muchos son un peaje que hay que pagar por los momentos de más acción, pero yo, con los años, he aprendido a disfrutarlas: es en la calma que nos regala la consulta cuando puedes desarrollar cierta familiaridad con el paciente. A muchos no vuelves a verlos, pero alguno sí será tu paciente en quirófano. Y ahí, esos tres minutos que tuvisteis de charla tranquila en la consulta se vuelven fundamentales para deshacer sus nervios.

En una ocasión, estaba hablando con los padres de un niño que se iba a operar de fimosis, y explicando al pequeño que nadie le haría daño el día de la cirugía. De pronto irrumpió la supervisora de enfermería de planta, seguida de varias enfermeras y de las tres auxiliares de las consultas cercanas. Vista la comitiva, temí que se avecinaba un buen problema. Al menos, en consulta los problemas no suelen ser de vida o muerte. Pedí que me esperaran fuera, acabé la consulta cuanto antes y salí a ver qué pasaba.

—Tú aún no estabas aquí cuando vino el chico de la pistola, ¿verdad? —me preguntó la supervisora.

—¿Pistolas? ¿En este hospital? —Pensé que me tomaba el pelo.

—¿No nos has oído contar la historia?

—Creo que me acordaría.

—Es un niño que viene de una familia muy difícil, completamente desestructurada, pero la última vez nos amenazó a varios sanitarios de muerte —siguió la supervisora—. Y esta mañana tiene cita contigo.

A medida que me iban dando detalles de lo que había pasado, me iba poniendo más nervioso. La cosa no pintaba bien.

—¿Y qué puedo hacer?

—Yo que tú llamaría a seguridad del hospital —me aconsejó una de las auxiliares—, para que esté contigo un vigilante.

Y así lo hice. Al poco apareció un tipo que debía de rondar los dos metros y pico. Seguramente le habían dado la talla de uniforme más grande que teníamos en el hospital y aun así le estaba pequeña. Cada brazo suyo era como mi pecho de ancho. Por las mangas raquíticas del uniforme y por el cuello asomaba tanta tinta que sugería que el tipo estaba tatuado de pies a cabeza. Era, claramente, el tipo que siempre quieres que vaya en tu equipo. Y el tipo que no te quieres encontrar en un callejón oscuro. Su imponente presencia me devolvió algo de calma ante la visita del chico de la pistola.

Los demás nos dejaron solos.

—Parece que viene un chaval que la última vez la lio en el hospital —dije para romper el hielo y ponerle en contexto.

—¿Qué pasó?

—Cuenta la leyenda que vino con pistola.

—Eeeh, lo siento, pero si vinieron con pistola... Yo solo tengo una porra. Para problemas así, tienes que llamar a la policía. Yo de aquí me voy.

Cuando el tío más duro del hospital te abandona, estás jodido.

—Eres don valiente, ¿eh? —le dije mientras me resignaba a mi suerte.

—Lo que tú digas, tío... Adiós.

Miré el reloj. Ya iba tarde y no podía seguir retrasando la consulta, porque la sala de espera estaba llena y la gente se estaba empezando a impacientar. Llamar a la policía sin más no me parecía muy buena opción y, dado que aquellas personas no me habían hecho nada todavía, pensé que lo más razonable era darles

una oportunidad. Así que salí a la puerta y llamé al paciente.

Lo primero que me llamó la atención de Silvio fue el color azul de sus labios. Tenía una cardiopatía congénita, de las que llamamos *cianóticas.*[1] La sangre arterial, rica en oxígeno, es roja; por eso nuestros labios y mucosas tienen ese tono rojizo. En los niños con cardiopatías congénitas cianóticas la sangre no se oxigena bien, por eso se vuelve más oscura, y al final el color azulado lo tendrán también su piel y las mucosas. Es un tono muy característico, que los médicos identificamos enseguida.

El chico vino acompañado por su abuela: una mujer mayor, muy bajita, y de apariencia débil. Hasta que abrió la boca y comprobé que sí, que las apariencias engañan. Con ellos pasaron también dos primos grandotes, que tendrían entre treinta y cinco y cuarenta años, un poco macarras por el aspecto, pero muy educados, y una asistente social que les había puesto la Comunidad de Madrid. Como no había sillas para todos, estos tres se quedaron de pie.

—Contadme, os escucho.

Habló la abuela. Me dijo que «el niño» —así lo llamaba ella, a pesar de sus dieciséis— tenía una cardiopatía y le tenían que hacer cateterismos cada cierto tiempo, pero que lo más probable era que hubiera que hacerle un trasplante cardiaco. El problema era que el padre del niño había muerto y la madre, cuando enviudó, se marchó a Alemania a buscar trabajo y allí se enamoró de un payo. Su familia, gitana, la repudió por completo. Le habían dicho que no querían tener relación con ella y la madre, en venganza, había dejado de firmar los consentimientos para la cirugía de su hijo.

Ahí me explicaron cuál había sido la situación de tensión que se había vivido en su anterior visita al hospital: al «niño» no se le había podido intervenir porque, en el último momento, la madre se había negado a firmar. Normal que en esa situación todo el mundo perdiera los nervios. Nadie dijo nada de una pistola y yo, por supuesto, tampoco pregunté.

—¿Y esta vez la madre ha firmado el consentimiento?

—No, no lo ha firmado.

—Entonces me temo que volvemos a tener el mismo

problema.

—Yo voy a ejercer de madre, doctor. Yo los firmo, que para algo soy su abuela.

—Pero eso, aquí, no nos sirve. Si pasara algo en el quirófano, la madre podría denunciarnos y la justicia le daría la razón. Vosotros, la familia, tendríais problemas; y yo, como médico, también.

Ahí la abuela perdió el último rastro de debilidad que había en su cara y me miró fijamente a los ojos.

—Doctor, si al niño le pasa algo y la madre nos denuncia, no se preocupe que nosotros tendremos o no tendremos problemas, pero usted no va a tener ninguno porque antes la matamos.

La mujer me miró a los ojos de una forma muy característica; supe que no mentía. Intenté encauzar la conversación cuanto antes:

—Bueno, puede que haya una forma relativamente fácil de hacerlo —dije—. A través de los servicios legales del hospital, podemos mandar un fax al juzgado y pedir que le retiren la custodia a la madre. Así usted podría firmar los consentimientos.

En realidad, no tenía muy claras las pautas legales para hacerlo, pero me sonaba, por otros casos similares, que había alguna opción. Los temas de custodia pueden durar meses o años, pero en un hospital, cuando es un menor el que está en riesgo, se pueden realizar trámites legales para protegerle.

—Perdóneme, pero si es tan fácil, ¿por qué no se hizo la otra vez que lo ingresaron?

—Esto no creo que sea un trámite inmediato, quizá lleve horas o unos días hasta tener todos los papeles en orden. Según me cuentan, la última vez sucedió todo esto en las puertas de quirófano. Ya era demasiado tarde para hacer la intervención el mismo día. Además, estoy seguro de que la confusión y los nervios que se desataron en su anterior visita no ayudaron a aclarar las cosas.

El caso era que, al final, por la obcecación de la madre, pero también por una mala gestión nuestra como sanitarios, que no supinos explicarle las opciones debidamente, Silvio llevaba dos años esperando la cirugía.

Avisé a los servicios del departamento legal, que iniciaron rápidamente los trámites y me dijeron que nos avisarían cuando estuviera resuelto. También las auxiliares de consulta tuvieron que hacer algunas llamadas. Yo me quedé con la familia y aproveché el clima de confianza que se había creado:

—Bueno, ¿y eso de que vinisteis con pistola la última vez? —No podía más de la curiosidad.

Al chaval se le iluminó la cara, echó mano rápido a su mochila y desenfundó.

Yo reconocí el objeto enseguida: era una pistola de balines de plástico, como las que utilizábamos en mi calle para jugar algunas tardes. Me reí mucho y me di cuenta de que, por el barrio del que vengo, ese chico y yo no hablábamos idiomas tan distintos. Como aún faltaba un rato para que llegaran las noticias del departamento legal, cogí los típicos palillos que se utilizan para bajar la lengua del paciente —*depresores linguales* los llamamos— y los puse en vertical sobre una repisa.

—A ver quién rompe más. ¿Te atreves? —le dije.

Claramente tenía la pistola trucada porque me ganó de largo. Cuando se cansó, se fijó en el casco de la moto (antes del covid-19, podíamos tener objetos personales en la consulta). Me contó que él tenía una, le apasionaban, y me estuvo preguntando cosas y enseñándome un montón de fotos en su móvil.

—Oye, ¿y el casco? En ninguna lo llevas.

—Mi casco es este —dijo Silvio tocándose la visera de la gorra.

Desde el departamento legal consiguieron contactar al juez y los papeles quedaron casi listos ese mismo día. La familia estaba emocionada y agradecida.

Una semana después, estaba en el despacho de médicos cuando vino a buscarme una auxiliar.

—David, te necesitan en la sala de hemodinámica.

Ese es el lugar en el que se anestesia a los niños con cardiopatías congénitas: una complicación allí puede ser muy grave.

—¿Tengo que ir corriendo? —pregunté mientras me

preparaba para salir pitando.

—No, no. Qué va —me tranquilizó—. Parece más un tema de *coaching* que de medicina.

En la sala me encontré a Silvio, con la sonrisa del que acaba de salirse con la suya.

—Dice que no se duerme hasta que vengas —me explicó la anestesista que lo trataba—. Y que además quiere que lo hagas tú.

Le vi con ganas de hacer el indio: no quería tomarse el jarabe con la medicación, ni que le cogiéramos una vía, ni hablar mucho con los médicos. Me di cuenta de que todos le trataban como a un niño, amenazándole con que si no se tomaba el jarabe se lo iban a decir a sus padres, cuando el chaval estaba mucho más curtido que eso. Silvio tenía mucha calle. Así que me lo llevé a un aparte y, como ya le tenía cogido el punto, le dije:

—Si no te tomas las medicinas, sabes lo que va a pasar, ¿no?

—¿Qué? —me contestó con una media sonrisa chulesca.

—Que te voy a dar dos hostias —le dije en tono de broma mientras me reía.

El chico se rio.

—Silvio, ahora ya no me río. Este procedimiento es muy importante para ti, tu abuela ha luchado mucho para que te lo hagan y va a mejorar mucho tu vida. Tú mismo me decías en consulta que siempre estás muy cansado.[2]

—Solo los estaba vacilando un poco.

—Ya lo sé, ya. Y yo a ti. Vamos, que te tienes que dormir.

—Valeee —contestó, como un niño al que le hacen dejar de jugar.

Ya estaba a punto de cogerle una vía[3] cuando me interrumpió:

—Te dejo si me das una vuelta en tu moto. La he visto antes y sé que tienes una Triumph.

—Tú déjame e igual te doy algo mejor.

El cateterismo fue muy bien; parecía que, gracias a la intervención, Silvio iba a poder aguantar un tiempo más sin necesidad de entrar en la lista de trasplante cardiaco. Cuando pude ir a verle a planta, le llevé un casco antiguo que tenía por casa. Se

lo di a cambio de que me prometiera que, cuando cogiera la moto, ya no iba a llevar más la gorra.

—Bastante delicado tienes el corazón como para que además te abras la cabeza.

Estaba feliz. La abuela, que claramente era la que llevaba la voz cantante en la familia, vino a hablar conmigo y me agradeció el trato que les habíamos dado.

—Yo sé que quizá la última vez perdimos los papeles un poco, estábamos desesperados, doctor. Pero a veces sentimos que por ser gitanos no nos tratan igual. A lo mejor a veces nosotros hemos cometido errores, pero no nos merecemos eso.

Silvio era un adolescente normal, un poco vivo, pero eso era todo. Y su familia no era en absoluto violenta. De hecho, creo que es una de las familias más educadas que me he encontrado, y respetuosas con los médicos. Solo necesitaban ser recibidos sin prejuicios y con la calma necesaria para explicarles bien los escenarios, porque su caso era complejo. Para ser buena, la comunicación requiere de esas dos cosas: atención y tiempo.

Unos días después, vino un auxiliar a la consulta.

—Te ha traído esto una familia.

Abrí el paquete allí: era una colonia. Y venía con una carta de Silvio en la que me daba las gracias y me pedía que la próxima vez que viniera al hospital yo fuera su anestesista. La verdad es que me emocionó. Me hizo especial ilusión saber que ese macarrilla estaba realmente agradecido.

Otro día, mi auxiliar de consulta vino a avisarme de que tenía por delante unos pacientes italianos muy pijos, que venían recomendados por la doctora Velasco. Ella es una cirujana plástica de mucho renombre y lo cierto es que su cartera de clientes es pura *jet set.* Antes de entrar en mi consulta, ya se había posicionado en contra parte del personal del hospital. El combo era perfecto: derivados por Velasco, recién llegados de Milán, vestidos con marcas de diseño y apenas hablaban español, lo que, a ojos de todo el mundo, les hizo parecer aún más estirados. Alguien me advirtió:

—Ya verás, fijo que vienen a operarse gratis por la seguridad social. Y además exigiendo y con malos modos.

Yo he vivido dos años en Bolonia. Y recuerdo lo mucho que me sorprendió ver que, a menudo, la gente con pocos recursos se engalanaba para ir al médico. Para los italianos la apariencia y la indumentaria son algo muy importante, pero tampoco quería alargar más la comidilla, así que les hice pasar.

A la consulta entró una niña de dieciséis años con sus padres y su hermana. Efectivamente, iban todos impecables, pero ni siquiera eso conseguía atenuar la cara de preocupación que traían. El padre intentó hablar español, pero no era su fuerte. Yo les dije que, si querían, podíamos comunicarnos en italiano. La cara les cambió a todos. Vi que los invadía una sensación de alivio y la impresión que podían dar de ser estirados se diluyó por completo.

Por la historia que me contaron comprobé que, efectivamente, se trataba de una familia bastante humilde y en absoluto venían a hacer turismo sanitario. La hija tenía un problema grave: una malformación arteriovenosa en la zona de su cara, boca, lengua y faringe.[4]

La paciente tenía episodios en los que la malformación se hinchaba, llenándose de sangre. Esto hacía que se inflamaran la lengua y la mucosa faríngea hasta el punto de que no le dejaban tragar, ni casi respirar bien. A sus dieciséis años, corría riesgo de ahogarse. Necesitaba una cirugía que utiliza un sellado especial de su malformación, pero esa técnica en concreto no la practicaban en Italia. Y la doctora Velasco era de las mejores del mundo en el uso de esa técnica. Después de muchas trabas legales para traer a la niña, habían conseguido que el Gobierno italiano se hiciera cargo y les financiara el viaje y la intervención. Así que definitivamente no, no venían de turismo sanitario.

Yo les expliqué el procedimiento y puse mucho énfasis en preguntarles si a la chica le costaba respirar. La vía aérea es una de las cosas que más nos preocupan a los anestesistas en una cirugía.[5]

Debido a su malformación, esta niña tenía un colapso crónico de la vía aérea, a veces se ahogaba haciendo algún esfuerzo, con alguna emoción o incluso durmiendo. Así que podía suceder que,

cuando yo le hiciera la laringoscopia para intubarla, no viera absolutamente nada salvo sangre y la malformación. La paciente en ese momento ya estaría sin ventilar[6] y se podría morir en quirófano antes de empezar la cirugía.

La solución pasaba por un proceso delicado, que es absolutamente excepcional en niños: intubar al paciente despierto. Es una intervención muy molesta, tanto como cuando se te va algo por el otro lado de la boca y te da una tos muy fuerte. Eso pasa porque los reflejos glóticos te están salvando la vida. No quieren que algo se te meta por la vía respiratoria y, cuando lo notan, empiezas a toser para tratar de expulsarlo. Mi objetivo era no solo tocar las cuerdas vocales, sino meter un tubo entre ellas para que la niña pudiera ventilar. El problema es que, para conseguirlo en una paciente despierta, esta tiene que colaborar muchísimo, de ahí que apenas se utilice en niños.

Sin embargo, la paciente era una chica de dieciséis años bastante madura. Y su malformación era tan grave que no podíamos arriesgarnos a intubarla dormida como a cualquier otro paciente.

Aun así, siempre es delicado hacer una intubación en esas condiciones, así que llamé a dos compañeros a mi consulta para que valoraran el caso conmigo:

—No hay duda, hay que intubarla despierta —dijo mi compañero, el doctor Hernán.

—Con esa malformación, hay muchas opciones de no ver absolutamente nada al ir a intubarla. Y quizá no lo veamos con ningún dispositivo... Es mucho riesgo hacerlo con ella dormida. En algunos sitios se plantearían incluso hacer una traqueostomía[7] —afirmó mi compañera, la doctora Castro.

—Creo que la traqueostomía debería ser la última opción, es como si vas a depilarte y te ofrecen quimioterapia. Matar moscas a cañonazos —sentenció Hernán.

Mientras teníamos esta conversación, la paciente y la familia nos miraban con cara de no entender nada. Esto suele suceder cuando usamos muchos tecnicismos, pero en su caso realmente no entendían ni una palabra.

Una vez tomada en equipo la decisión de intubar a la paciente despierta, les expliqué todo el proceso.

—El día de quirófano yo estaré contigo, Paola. Vas a estar bien, pero necesito que colabores con nosotros.

Ella asintió con cara asustada.

—Al llegar a quirófano, te cogeremos una vía. Es un pinchacito en la vena.

—Eso no me importa, llevo ya muchos —contestó la chica, consciente de que eso era lo menos malo.

—Después te voy a poner una mascarilla con unos aerosoles. Estos aerosoles llevan un vasoconstrictor para intentar que tu malformación se quede pequeñita durante el proceso. Y también anestesia local para dormirte la zona.

—¿Algo de eso duele? —preguntó Paola asustada.

—No, eso no te dolerá. Solo te pediré que respires. Quizá huela un poco mal, como mucho.

Ella sonrió con timidez.

—Además te daré unos algodones mojados en anestesia local para que los muerdas y se te duerma aún más la zona.

—¿Y eso es todo? —Paola se temía que lo peor estaba por llegar.

—No, ahora viene lo que te puede molestar un poco...

Suspiró frustrada.

—Meteré una cámara muy fina por tu nariz, el fibrobroncoscopio. Es un aparato muy fino con forma de manguerita y una cámara en la punta. A través de esa cámara podemos ver tu vía aérea en una televisión que habrá en quirófano. Iremos introduciendo muy despacio la cámara, con cuidado de no tocar ni dañar tu lesión. Avanzaremos hasta encontrar las cuerdas vocales y echaremos un poco de anestesia local directamente sobre ellas. Ahí puede darte un pelín de tos.

—Lo de meter la manguerita por la nariz duele, ¿verdad? —me preguntó la chica.

La cara de sus padres era un poema.

—Es un poco molesto, pero para eso ponemos el anestésico local. Para que no te duela nada. O lo menos posible. Necesito que

aguantes un poco. Además, te pondré un poco de sedación por la vía para que estés más tranquila.

—Vale, y después de la tos, ¿qué pasa?

—Después de la tos, usaré la manguerita para meter un tubo más grande y rígido a través de tus cuerdas vocales. Es el tubo a través del cual te ventilaré. Quizá este sea el momento más molesto, pero en cuanto notes la molestia, te quedarás dormida.

Una vez que el tubo endotraqueal entra a través de las cuerdas, se administran fármacos para dormir en pocos segundos al paciente y que ese momento de «sufrimiento» sea lo más corto posible. Sin embargo, es importante no dormirle hasta que estamos seguros de que el tubo está en la tráquea.

Afortunadamente, gracias a que podía comunicarme con ellos en italiano, les hice entender todo esto con la precisión que el asunto requería porque, si algo no salía bien, las consecuencias podían ser fatales. Creo que tanto Paola como su familia salieron de la consulta asustados, pero conscientes de que su colaboración era fundamental.

El día de la operación, la cirujana me pidió que fuera yo el anestesista precisamente para poder hablar con la paciente. En quirófano, el ambiente era tenso. Todos sabíamos de la delicadeza que exigía la operación. Para la niña fue bastante estresante: aunque le pusimos los aerosoles, le daba miedo sentir dolor, o que le diera tos, o ahogarse. Yo estuve hablando con ella todo el tiempo, sin parar, para que se supiera acompañada.

—Paola, ahora que tus padres no están delante, ¿te gusta alguien? —le pregunté por relajar la tensión.

—No —contestó sorprendida.

—Ah, ¿no? A mí con dieciséis años siempre me gustaba alguien —le dije, como si con los años hubiera cambiado la cosa.

—Bueno, en realidad... sí, me gusta un chico, pero con esta mancha no me atrevo a hablar con él.

Paola no solo tenía una malformación en la lengua y la faringe, sino que la lesión también invadía su labio y la piel de alrededor de la boca, aunque yo apenas le había dado importancia. Sin embargo, era cierto que le daba un tono violáceo que, supuse, a

una persona de dieciséis años podía crearle complejos.

—Pues vamos a quitar es mancha, entonces, ¿no?

—Vamos a por ella —me contestó mucho más animada.

Es sorprendente cómo una broma o un comentario pueden cambiar el clima de quirófano. En este caso, las ganas de Paola se contagiaron al equipo. Hasta ese momento, todos habían estado trabajando en silencio, sin hablar entre ellos, como si tuvieran la sensación de que algo malo podía pasar. Fue como si ver a Paola animada nos hiciera a todos comprender el valor de lo que estábamos haciendo allí: ayudar a una niña, aunque para ello tuviéramos que hacerle pasar un mal rato con el fibrobroncoscopio.

Empecé a hacer la fibrobroncoscopia. La imagen era mejor de lo que había previsto: se veían muy bien las cuerdas, así que pude canalizar el tubo sin dificultad. A mi lado tenía una enfermera veterana, Raquel. Por su edad, podría ser mi madre, y así es como me ha tratado siempre. Me ha protegido mucho en mis momentos más difíciles y me encuentro especialmente seguro cuando ella está en quirófano. Cuando el tubo estuvo dentro de la tráquea, me giré hacia ella para pedirle que pusiera la medicación para dormir a Paola. En ese momento, me vino una ráfaga de su olor: estaba justo a mi lado, pero no lo había olido antes. Es curioso cómo nuestros sentidos juegan con nuestras emociones, y viceversa; creo que hasta que no estuve tranquilo, con el tubo dentro de la tráquea, mi olfato no pudo notar ese perfume. Pero no había tiempo que perder, el tubo estaba en la tráquea y Paola había empezado a toser y estaba incómoda, a pesar de la sedación:

—Ponle toda la medicación que había preparado, Raquel, hay que dormirla cuanto antes.

—Ahora mismo —me contestó mientras pasaba la medicación por el tubo.

Unas horas después, Paola se despertó con sus padres. La cirugía había sido un éxito. Los días siguientes fui a verla a planta. Ella estaba como tantos otros adolescentes después de una cirugía: medio enfadada y un poco taciturna. No quería hablar mucho conmigo y pensé que igual me había cogido manía, porque hubo un tiempo breve, unos segundos entre que le puse el tubo y se

quedó dormida, en el que se agobió con la tos y no estuvo todo lo cómoda que podía haber estado. Además, llevaba tapada la zona de la cirugía y aún no podía verse el resultado estético. En este caso, era lo menos relevante para nosotros, lo que queríamos era que Paola dejara de ahogarse. Pero puede que para ella lo más importante era que se fuera su mancha.

Cuando le dieron el alta, vino a buscarme al ala del hospital en el que yo estaba. De pronto me dio un abrazo muy sentido, como nunca me lo había dado una paciente. Me dejó impactado. Luego el padre intentó expresarme lo agradecidos que estaban... en español. Y aunque seguía dándosele igual del mal, le dejé hacer, porque justo de eso había ido nuestra historia, del bien que le puedes hacer a otro por hablarle en su idioma y ponerle las cosas algo más fáciles y, más aún, de lo importante que es una buena comunicación para deshacer prejuicios.

La hija también me dio las gracias y me contó lo feliz que estaba de volver a Italia sin su mancha en el labio. Yo también estaba feliz porque sabía, quizá mejor que ella, que el hecho de que pudiera volver había sido todo un logro.

—*In bocca al lupo,* Paola.

—*Crepi, caro dottore.*[8]

5

La Ventilla

Soy David, hijo de Celestino y Rosa María. Soy el mediano de tres hermanos, en una familia muy humilde. Mis abuelos por parte de padre eran panaderos y los de la parte de mi madre tenían una zapatería en mi barrio. Mis padres trabajaron los dos en una empresa constructora toda su vida: él se ocupaba de las compras y ella era telefonista. Mi hermana mayor, Virginia, nació siete años antes que yo. Demostró desde bien pequeña una capacidad para las relaciones sociales sin igual; además, ejerció una labor de cuidadora incomparable con los dos hermanos pequeños. Ana es cuatro años más pequeña que yo, pero a pesar de la diferencia de edad, rápidamente demostró que era mucho más madura y reflexiva. Desde bien pequeña tuvo un gusto especial por el arte y la música.

Ese barrio del que os hablaba en el capítulo anterior, el que me permitió pillarle el punto a Silvio a la primera, no es otro que la Ventilla, un barrio obrero de Madrid, en la parte alta de Chamartín, encajonado entre las vías del tren y los barrios ricos del norte. Hoy es el paisaje que puede verse desde las cuatro torres, aunque no tenga nada que ver con lo que pasa dentro de ellas.

Me crie allí, pero no nací en La Paz, como casi todos los niños del barrio, porque mi padre prefirió que naciéramos en el Hospital de la Milagrosa, en pleno Chamberí. Quería que, como buen hijo y nieto de madrileños, naciera en el corazón de la ciudad, uno de sus barrios más castizos. Puedo decir que soy uno de esos pocos gatos.

Ante los desconocidos, mis padres decían que éramos de Tetuán, porque disimulaba un poco más, pero la verdad es que

nuestra parada de metro era Ventilla, que la gente de mi colegio eran todos de la Ventilla y que la comunidad con la que se identificaban era la Ventilla. Yo también me sentía del barrio, todo mi mundo estaba allí, pero hoy comprendo perfectamente el intento estéril de mis padres por alejarnos de él: en los ochenta, la droga allí pegó muy fuerte y ellos querían intentar desmarcarse de eso, y que sus hijos no se vieran asociados a ese mundo. En el metro de la Ventilla, había un grafiti con esta frase: «Tú puedes irte de la Ventilla, pero la Ventilla no se irá de ti».

A veces me pregunto si esta frase es o no cierta.

A pesar de todo, que nadie imagine una infancia con penurias. Fui tan feliz como solo pueden serlo los niños felices. No tengo queja, ni rencores. Es cierto que no he vivido momentos de grandísima felicidad, ni en la infancia ni después. Ni tampoco momentos de enorme tristeza. Tengo un carácter estable, que se siente más cómodo en la parte media de la tabla. Si tuviera que puntuarme, diría que tiendo al siete, nunca estoy supercontento ni tampoco me dan grandes bajonazos. A veces tengo la sensación de que ahora hay que vivirlo todo intensamente: los dramas y las alegrías. Y que, si no, no estás viviendo de verdad. A pesar de que yo no percibo la vida así, con esa intensidad, siento que he disfrutado de cada instante de mi vida. Es una cualidad que tengo desde pequeño, igual que la competitividad y el miedo al fracaso.

En preescolar falté dos semanas a clase por una gripe fuerte. Cuando volví, descubrí con espanto que todos mis compañeros se sabían ya el abecedario. Era lo que la profesora había estado trabajando en el tiempo que yo estaba enfermo. Ella se despistó, y no debió de darse cuenta de que yo me había quedado atrás, y a mí me dio vergüenza decírselo.

Cada día, la maestra nos pedía a uno de nosotros que repitiera el alfabeto en alto para repasar y, cuando no se lo sabía bien, le regañaba un poco. Todas las mañanas me entraba el mismo pánico de que me sacara a mí y me tocara demostrar ante todo el mundo que no me sabía el abecedario. Me parecía, además, una tarea imposible, digna de sabios, ¡memorizar todas esas letras seguidas! Pero nada de eso me hacía pedir ayuda. Al contrario, también se lo

ocultaba a mis padres por temor a que se enfadaran conmigo. Hasta que llegó el día en que no pude más y confesé en casa. Mis padres se volcaron conmigo y en unas pocas tardes pude ponerme al día, aunque la profesora se había olvidado de mí hasta tal punto que nunca llegó a preguntarme y me quedé con las ganas de demostrar lo que había aprendido.

En la vida, cada quien tiene un motor que le pone en marcha. Mis amigos muchas veces me dicen que envidian mi fuerza de voluntad o las ganas que le pongo a las cosas, pero yo les digo que eso no es exactamente así, porque mi motor es el miedo a fracasar. Y esto tiene un lado malo porque vivo el proceso para llegar a conseguir algo, que muchas veces podría ser divertido, como un camino angustioso que me gustaría terminar cuanto antes. Si al final llega el éxito, más que satisfecho, estoy aliviado. Me pregunto si con los pacientes es eso también lo que me mueve. Cuando estoy tratándolos, cuando estoy en quirófano, ¿es el deseo de ayudar o el miedo al fracaso lo que me hace intentar ser mejor? Seguramente no hay una única respuesta.

Nunca me lo diagnosticaron, pero es posible que de pequeño tuviera un trastorno de hiperactividad. En casa no paraba quieto, los traía a todos locos. Tanto era así que me apuntaron a todas las extraescolares que se ofertaban con tal de tenerme entretenido por las tardes. Al final me quedé con judo y fútbol. En los dos competía y los dos se me daban bien, pero diría que no disfruté ni de uno solo de los partidos ni de los combates que libré. Me divertía con los partidos en la calle, con mis amigos, pero en cuanto se ponía la competición por delante, ya solo me preocupaba por ganar, ganar y ganar, y eso anulaba todo lo demás. Antes de los partidos y los combates el miedo al fracaso venía a visitarme: me costaba dormir, dejaba de comer y me dolía el estómago. A menudo me preguntaba si lo que me gustaba era jugar o solo competir y ganar, pero tampoco entonces encontraba respuestas fáciles. En algún momento pensé que en el mundo de los mayores las cosas se aclararían y que algún día tendría todas las respuestas. No fue así.

Además de las extraescolares, con cinco o seis años tuve que empezar a ir al logopeda. Quizá parte de mi hiperactividad venía

de la dificultad que tenía para comunicarme. No se me entendía casi nada y había muchas letras que no sabía pronunciar, como la *r* y la *l*. Hoy en día, cuando doy charlas en público, mi madre suele decirme: «Hicimos buena inversión con el logopeda».

A pesar de mis dificultades para hablar, en el colegio siempre saqué buenas notas. Mi fallo es que era muy peleón. Siempre andaba metido en trifulcas, peleándome con alguien. No hacía *bullying*, pero en cuanto alguien me decía algo, o algo no me gustaba, me ponía chulito y era fácil que acabáramos zurrándonos, sobre todo con los más mayores, que no podían entender que alguien de un curso menor los desafiara. Y sí, solía acabar perdiendo yo. Aun así, nunca tuve sensación de acoso o miedo por ir al colegio.

Petra, mi abuela materna, siempre me decía que los abusones eran «valientes con los cobardes y cobardes con los valientes». No creo que sea así exactamente, pero pienso que era una forma de decirme que, si los abusones me veían con determinación y seguro de mí mismo, me acabarían dejando tranquilo. Creo que era el intento de una abuela de que su nieto no sufriera *bullying* en un barrio *complicado*. Ella me contaba con frecuencia como mi madre y mi tío sí que sufrieron *bullying* por una excesiva timidez y miedo a enfrentarse a los mayores. Eso hacía que mi abuela Petra me animara a plantar cara a todo el que me molestara con su famosa frase.

Ella no era una abuela muy *al uso*. Llevaba vida de adolescente, se levantaba a las tres de la tarde, comía algo, quedaba con amigos, trasnochaba todo lo que podía viendo películas y series... y, sobre todo, llevaba hasta el extremo lo de ser valiente. No se dejaba acobardar por nada, tenía un carácter divertido pero duro. Vivía en una de las zonas más duras del barrio y era curioso ver cómo personas muy problemáticas, algunos con antecedentes penales, la respetaban y la trataban con cercanía. Ella también me enseñó que todas las personas tienen un lado bueno, y que todo el mundo merece una segunda oportunidad. Creo que mi abuela Petra fue otra de las personas que condicionó mi carácter.

Con doce o trece años todo empezó a cambiar a mi alrededor.

Las peleas de patio quedaron atrás y los peligros pasaron a ser otros. Hasta entonces, por mucho que viviera en la Ventilla, nunca había visto nada conflictivo, pero en esa época mis amigos empezaron a fumar porros y otros muy cercanos, incluso de mi equipo de fútbol, se pusieron a vender droga. Eran cosas que a mí no me encajaban, porque mis padres y mi hermana mayor me habían prevenido, pero aun así podía haberme dejado tentar, como tantos otros de mi entorno. El hecho de que eso no pasara se lo debo, además de a mi familia, al entrenador de fútbol y de judo —entonces todo estaba menos especializado y a nadie le sorprendía que fuera el mismo—. Roberto conocía mis ganas de competir, pero también sabía lo mucho que yo quería agradar y lo que me gustaba ir de chulito. Era una presa fácil. Así que siempre estuvo muy pendiente de mí, de qué compañías me echaba y, en definitiva, de que no diera pasos en falso. Supongo que él veía cosas que mis padres no alcanzaban y con los años me he dado cuenta de que me protegió como si fuera de su familia.

El resultado es que nunca fumé, ni una calada, pero veía a diario cómo muchos de mis amigos se iban complicando la vida y, a su vez, me iban presionando para que yo hiciera como ellos. A mí cada vez me costaba más mantenerme al margen y llegó el día en que, hablando con la madre de una amiga, que nos llevaba a vuelta casa, le dije:

—Yo creo que el año que viene me voy a ir del colegio.

Ella se quedó muy sorprendida, porque mis padres no le habían dicho nada. Y es que mis padres no lo sabían. Casi ni yo mismo lo sabía. Lo solté sin pensar, yo mismo me sorprendí diciéndolo en voz alta. Este es sin duda uno de esos impulsos que cambió mi vida para siempre.

Cuando cuento que la suerte ha tenido un papel fundamental en mi vida, hablo de este tipo de cosas, giros rápidos de guion que siempre me han favorecido. Habrá quien diga que solo veo el lado positivo de las cosas, pero yo sigo pensando que soy una de las personas con más suerte del mundo.

Cuando llegué a casa, seguía sintiendo ese mismo impulso, y se lo dije también a mis padres:

—Yo creo que el año que viene me voy a ir del colegio.

Se quedaron pasmados, pero no debió de parecerles mala opción porque enseguida lo prepararon todo. Puesto que en ese instituto solo se cursaba hasta el final de la ESO, ya habían tenido que buscar uno distinto para que mi hermana mayor continuara con sus estudios de bachillerato. Encontraron en aquel entonces uno que les gustó por la zona del Bernabéu. Rápidamente decidieron llevarme allí a mí también. Gracias a las notas que tenía, pude entrar.

No sé bien lo que fue —un momento de lucidez, un ángel de la guarda que me indicó lo que tenía que hacer—, pero lo que sí sé es que mi vida hubiera sido muy distinta si me hubiera quedado donde estaba. Y eso que los primeros meses en el nuevo colegio no fueron nada fáciles. Era un sitio mucho más pijo y yo no paraba de repetirme que había cometido el error de mi vida. Me costó mucho adaptarme y durante varios meses, hasta muy pasadas las Navidades, estuve a punto de volverme a estudiar a la Ventilla.

Los alumnos del colegio nuevo venían de familias mucho más adineradas que la mía y su actitud era bastante clasista. Recuerdo una conversación que escuché de unos compañeros en el patio. Tendríamos catorce años. Un chico le decía a su amigo que le gustaba una chica de clase y le pedía que fuera a hablarle bien de él. Hasta aquí todo bien, la historia más antigua del mundo. Pero luego añadió algo que me dejó en *shock:*

—Le tienes que decir que mis padres tienen muchísimo dinero. Eso seguro que le gusta, va a hacer que se venga conmigo.

Era la primera vez en mi vida que oía que el dinero era importante para gustarle a alguien. Yo no tenía dinero, ni mi familia tenía una posición social como la de aquellos chicos: ¿quería eso decir que nunca podría echarme novia en ese colegio? Un abismo se abrió ante mis ojos. Sentía que allí ni se me valoraba, ni se me llegaría a valorar nunca y no había nada que pudiera hacer. Mi afán competitivo, que me había abierto algunas puertas, de golpe no servía de nada, porque aquella competición era imposible ganarla. Todo estaba fuera de mi alcance.

Además, claramente había que comportarse de forma distinta.

Uno de los primeros días de clase, un chico que me pareció especialmente clasista y engreído se sentó un día en mi sitio. Me dirigí a él dispuesto a recuperar lo que era mío:

—Por favor, levántate. Este es mi sitio y tengo que acabar unas cosas.

Recuerdo perfectamente lo que me contestó mirándome con mucho desdén:

—Vete a tu barrio, gitano.

Aquel chico no se imaginaba el ambiente del que venía yo y seguramente pensaba que me iba a acobardar con sus palabras. Le insistí con educación:

—Por favor, levántate...

—Siéntate en el suelo, estarás acostumbrado... ¿Tus padres tienen para comprar un sofá?

Supongo que se me vino a la cabeza mi abuela Petra, porque lo levanté de las solapas y le di un puñetazo. Estaba enrabietado y le iba a pegar más cuando vi la sorpresa y el miedo en sus ojos. Y en los ojos de la gente que estaba cerca. Eso me hizo parar. De donde yo venía, era muy común que una discusión de este tipo acabara en puñetazos; pero allí se formó un buen revuelo con la pelea. Acabé en el despacho de la directora y se habló de ello durante semanas. Parecía que la forma de relacionarme también tenía que cambiar y que la violencia física se tenía que acabar. Aprendí a controlar esos arrebatos de violencia, y que los golpes nunca debían ser el camino. Y, por desgracia, también aprendí que las palabras pueden hacer más daño que los puños. Era probable que a mí me dolieran más sus palabras que a ese chico mi puñetazo. Fue la última vez que di uno.

A todo el tema del comportamiento se sumó el inglés. En la Ventilla lo aprendíamos, claro, pero no era una asignatura que ninguno se tomara muy en serio. Allí, en cambio, todos tenían profesores particulares y pasaban los veranos en el extranjero; cualquier alumno hablaba mejor inglés que mi profesor de la Ventilla. Siempre había sido más o menos conflictivo, pero también buen estudiante y con muy buenas notas. La posibilidad de suspender una asignatura me aterrorizaba, mis estudios eran una

prioridad, lo tenía todo bajo control. Lo pasaba fatal en clase y haciendo los deberes. Intentaba aprendérmelo todo de memoria para, al menos, llegar al aprobado. Esa fue la sensación general de aquel primer año: desconcierto y angustia.

Para colmo, tampoco tuve mucha suerte con las amistades. Sí que pertenecía a un grupillo, pero nunca los llegué a considerar mis amigos de verdad: no nos veíamos fuera del colegio y me sentía un poco solo. Al final, los fines de semana solía quedar con mis antiguos amigos del barrio. Pero a medida que pasaba el tiempo, me sabía atrapado entre dos mundos: los de la Ventilla me llamaban pijo por haberme ido a ese colegio, y los de Bernabéu me veían como un macarra por el lugar del que venía.

El primer año en el nuevo colegio pasó sin pena ni gloria: acabé aprobando todo, pero no hice grandes amistades, y me sentía más perdido que nunca. Sobre todo, sentía esa sensación que se ha repetido tantas otras veces en mi vida cuando he tomado una decisión importante: que había sido el mayor error de mi vida. Estas palabras han sonado muchas veces en mi cabeza a lo largo de mi vida.

El segundo año mezclaron a los alumnos de las distintas clases. El primer día, cuando el profesor dijo mi nombre, otro chico se levantó y dijo «yo» al mismo tiempo. Nos quedamos mirándonos y, a la salida empezamos a hablar. Ese mismo día nos quedamos a comer en el comedor: como aún era septiembre, había poca gente en el colegio y casi todas las mesas estaban libres. Yo me senté con un chico que era un medio amiguete del año anterior. Luego llegaron cuatro chavales y se pusieron en otra mesa. Al poco llegó David con la bandeja y nos dijo:

—Pero ¿sois idiotas?, ¿qué hacéis separados? Si somos todos de la misma clase...

Él se sentó con nosotros e hizo que los demás también vinieran. Ahí me di cuenta de que era un tío normal, y de que me sentía más cercano a él que a toda la gente que había conocido el primer año. Enseguida nos hicimos inseparables.

David y yo nos ayudamos mucho aquellos años. Él odiaba las ciencias y a mí se me daba fatal el inglés, pero la madre de David

era profesora de inglés en el colegio. Hasta en eso nos complementábamos. En vacaciones, como mis padres no podían permitirse que fuéramos a la playa, yo me iba a veranear con David y su familia, que eran muy generosos y acogedores conmigo. Para mí eran unos días increíbles, diferentes a todos los demás del año.

David tiene un hermano un par de años más pequeño que nosotros, Hugo. Hugo era más deportista y activo que David; hicimos buenas migas al instante de conocernos. Los padres de David se llaman Enrique y Gloria; eran más jóvenes que mis padres y tenían una relación mucho más cercana con sus hijos. Aún recuerdo el día que Gloria nos enseñó a poner un preservativo con un pepino en su salón. Lo cierto es que con ellos me sentía como en casa, los considero parte de mi familia.

Con David a mi lado, todo se hizo más fácil. Creo que David me salvó de los prejuicios, del rencor, del sentirme perdido y solo, de no encontrar mi lugar. Estoy seguro de que, sin él en mi vida, todo habría sido muy distinto.

Los últimos tres años de colegio fueron muy buenos, hicimos un grupo de amigos que aún mantenemos y abandoné por completo las amistades de mi barrio. Saqué muy buenas notas en selectividad y pude elegir la carrera que quisiera sin problema. El único problema era que no tenía claro qué quería. Me apetecía algo que tuviera que ver con ayudar a gente o animales, pero no terminaba de decidirme. Me planteé Enfermería, Fisioterapia y, sobre todo, Veterinaria. Hasta que mi padre me dijo:

—¿Por qué no te atreves a hacer Medicina? ¿Por qué no lo intentas? —y añadió—: A mí me haría mucha ilusión tener un hijo médico.

Esa frase me marcó. Creo que mi padre es una de las personas que más ha marcado mi vida. Tiene un carácter duro, durísimo. Nunca regala un elogio o una felicitación, especialmente cuando se trata de mí. Una escena frecuente en casa era cuando él llegaba de trabajar y, mientras se cambiaba, yo le contaba mis notas en los exámenes:

—Papá, he sacado un nueve en el examen de Química.

—¿Y por qué no un diez?

Durante mucho tiempo no entendí esa dureza conmigo, ese carácter o esa dificultad que tenía para felicitarme. Con los años, me he dado cuenta de que probablemente era justo lo que necesitaba para tener éxito. Con ese carácter competitivo que tenía, mi padre me ponía retos continuos, retos que me permitían avanzar. Y gracias a eso, alcanzaba metas que nunca estuvieron en mi horizonte. Yo ni me había planteado nunca estudiar una carrera, y ahí estaba mi padre con un nuevo reto:

«A mí me haría mucha ilusión tener un hijo médico».

La frase tuvo mucho impacto en mí, era la primera vez que mi padre me hablaba de sus ilusiones y deseos. Mi padre es un hombre de pocas palabras, y de guardarse todo para él. Comenzó de botones con dieciséis años en la empresa constructora donde trabajaba. A base de esfuerzo y sacrificio, llegó a ser uno de los jefes de compras. Sus horarios eran una locura, se iba de casa a las seis de la mañana y llegaba a las ocho o nueve de la noche todos los días. Algún sábado iba también a la oficina. Muchos pensaréis que es imposible educar a tres niños en casa sin estar nunca presente, pero no es cierto.

Cada vez que se me ocurría hacer algo malo, mi padre me venía a la cabeza. Me daba miedo poder decepcionarle y también me daba miedo la bronca que me podía caer después. Además, me educó desde el ejemplo: la constancia y el esfuerzo NUNCA se negociaban.

Su frase sobre la ilusión de tener un hijo médico tuvo por tanto varios efectos en mí. Primero fue un reto enorme, de los que me gustaban. Pero, además, era una forma de hacerle cumplir la primera ilusión que le había visto manifestar a mi padre.

Así que me puse a investigar dónde estaban las facultades de Medicina. Muchos médicos hablan de su temprana vocación, pero no fue mi caso. A mí hasta me daban miedo las agujas. En mi elección influyó, claro, mi padre. Pero también, y mucho, el feliz descubrimiento de que la facultad de la Autónoma estaba justo al lado de la casa de mi amigo David. Y eso era una suerte que no quería desaprovechar.

Así que sí, en mi caso uno de los motivos para hacer Medicina fue que, en el momento de elegir, la facultad estaba muy cerca de mi casa y prácticamente al lado de la casa de mi mejor amigo.

Por desgracia, creo que la elección de carrera nos llega cuando no estamos preparados para tomar esta decisión. En realidad, no estamos preparados para la mayoría de las decisiones importantes que tenemos que tomar. Por eso creo tanto en la suerte y en la intuición: tuve el presentimiento de que la medicina podía ser mi camino y creo que no me equivoqué.

Sin embargo, ese camino que me quedaba por delante fue mucho más duro de lo que nunca imaginé. Una de las cosas que me dio fuerza para seguir adelante fue recordar la cara de mi padre cuando me admitieron en Medicina. Ya había hecho la solicitud para entrar en la facultad y estábamos a la espera de la carta que nos confirmara la entrada. Yo estaba bastante tranquilo, sabía que me daba la nota; pero veía a mi padre inquieto.

Un día de ese verano, tuvo que hacer unas gestiones de trabajo cerca de casa y vino un segundo a vernos. Yo sabía que esa mañana a lo mejor pasaba por casa, pero me sorprendió la forma en la que lo hizo. Entró en mi habitación corriendo y con claro nerviosismo. De pronto me dijo que había llegado una carta de la Facultad de Medicina. Abrí la carta delante de él:

—Papá, estoy admitido en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

Levanté la mirada de la carta y vi su cara. Nunca olvidaré esa cara de felicidad. Mi padre me abrazó en silencio y se fue del cuarto para poder trabajar. Él siempre ha trabajado para que yo pueda conocer otros sitios: la Facultad de Medicina, el hospital, la residencia, mis viajes, las redes sociales, la academia…

No sé si La Ventilla llegó a salir de mí, pero no hay más que ver la persona en que me he convertido para darse cuenta de que mis padres son Celestino y Rosa, y ellos, de eso estoy seguro, nunca se irán de mí.

6

Un estudiante sin vocación

En mi primer curso de Medicina aprendí mucho más de lo que me hubiera gustado. Y no porque las clases fueran duras, que lo eran, sino porque ese año, además de alumno, fui paciente.

En los primeros días de clase un profesor nos dijo:

—Mirad a vuestro compañero de al lado. Que sepáis que uno de los dos no va a acabar la carrera.

Era una broma de bienvenida, aunque no sé cuánto había de broma y cuánto de verdad, porque se decía que el 50 por ciento de la gente que empezaba Medicina en la Autónoma no llegaba a terminar la carrera. A mí, con mi pánico al fracaso, me costaba tomarme con sentido del humor aquellas perspectivas tan duras. En el instituto había gente que estudiaba y gente que no tocaba un libro; gente que aprobaba y gente que suspendía. Yo estaba entre los que estudiaban y aprobaban, pero en Medicina no iba así: allí todo el mundo había sido un estudiante brillante en su instituto. ¿Y aun así la mitad abandonaba la carrera? ¿Y si, a pesar de aplicarme, no me sacaba las asignaturas? Temía no ser lo suficientemente estudioso, no ser lo suficientemente listo, no valer para salvar vidas. En definitiva, no ser lo suficiente. Como si con aquella inseguridad no bastara, empezaron a cruzarse otras dificultades en mi camino.

Mi plan era empezar la carrera con el carnet de conducir ya sacado, pero no me salió bien: aprobé el teórico en julio, en agosto cerraron Tráfico y en septiembre suspendí el práctico, así que se me acabó juntando todo. Arrastraba también una hernia inguinal que venía dándome problemas y ese mismo mes me dijeron que

tendría que pasar por quirófano. Cada pequeña cosa contribuía a seguir aumentando mi nivel de ansiedad, que estaba de por sí bastante disparado. Así que se juntaron en quince días el comienzo de la universidad, la primera vez que entraba en quirófano (como paciente y como alumno) y la presión de tener que aprobar el práctico de conducir antes de la cirugía (o, de lo contrario, tendría que esperar mucho para hacerlo).

El comienzo en la facultad lo salvé con los nervios normales, pero con mucha suerte: casi desde el primer día di con un grupo de chicos y chicas muy sano y muy divertido. Sentía que era gente parecida a mí, nos entendíamos muy bien y disfrutábamos echándonos un cable unos a otros. De aquel grupo de unas diez personas, hoy por hoy solo mantengo el contacto con uno de ellos, pero, igualmente, en ese momento fue muy importante para mí. Es curioso cómo personas que han llegado a ser tan importantes como para constituir un refugio se van de tu vida sin que apenas te des cuenta.

Hay gente que pensará que, si se fueron, será que no eran tan relevantes. Yo, en cambio opino que la vida son momentos, y que estos están definidos principalmente por las personas que los ocupan. Unas se van, otras se quedan, pero si estuvieron es porque tuvieron su relevancia y su importancia en nuestra biografía en algún instante en concreto, y eso es válido de por sí, durase lo que durase.

Al final, el examen de conducir lo aprobé a la segunda, con cierto suspense y muchos nervios. Como todos los madrileños, odié el centro de exámenes de Móstoles durante un tiempo.

La cirugía pasó con menos éxito. El día de mi operación fui al hospital con ojos de estudiante. No llevaba más que una semana como alumno, pero me fijé en todos los detalles: qué me gustaba del trato que me daban y qué no, qué cosas me gustaría hacer a mí, cómo se podía ayudar a los pacientes... Los médicos me pidieron que no comiera nada desde las doce de la noche del día anterior, aunque luego no me operaron hasta las siete o las ocho de la tarde. Pasé un hambre y una sed atroces. Esa fue la primera lección y creo que, hoy en día, como anestesista, sigo cumpliendo a

rajatabla: ajustar las ayunas lo más posible para que el paciente no sufra más de la cuenta, que bastante tiene con su paso por quirófano. En realidad, con seis horas para comida y leche, cuatro para leche materna y dos para agua es suficiente. En quirófano siempre decimos que la única persona que se preocupa de la última vez que has comido son tu madre y tu anestesista.

Después de la larga espera, vino a verme un auxiliar a la habitación en la que estaba y, sin presentarse, me dijo:

—Vengo a ponerte un enema rectal y a hacerte un rasurado en los genitales.

—Pero ¿así?, ¿sin preliminares ni nada? ¿No me invitas a cenar antes?

Al auxiliar claramente no le hizo gracia. Reconozco que fue un chiste malo, fruto de los nervios, pero también porque sus formas me habían parecido muy bruscas. No me hacía falta haber empezado la carrera para saber que esas cosas son muy íntimas y que es preferible presentarse, dar algo de información de qué se va a hacer y para qué, y así ayudar a que el paciente se sienta algo más cómodo.

Me hizo el enema y el rasurado, la verdad es que, sin demasiada delicadeza, y un poco después me bajaron a quirófano. Allí me encontré con el anestesista:

—Hola, David, soy el doctor López, tu anestesista.

—Hola. Yo soy estudiante de Medicina —dije con la inconsciencia del novato que está orgulloso de entrar en el gremio.

—¿De qué año eres?

—De primero, llevo quince días de clases —contesté orgulloso.

—¡Vamos, que estás más verde que mi pijama! —me bajó los humos—. Te cuento, te voy a hacer una anestesia intradural, es decir, te voy a pinchar en la espalda.

—¿Eso es una epidural?

—No, es una intradural, ya te lo he dicho. Otro tipo de pinchazo en la espalda, más fácil que la epidural. Tú estate quieto y notarás poca cosa.

Yo estaba muy nervioso y no me colocaba de forma correcta,

así que no le puse las cosas fáciles. Noté que entraba la aguja y, después, mientras me pinchaban, un calambre muy molesto en una de las piernas. A los pocos minutos había perdido la sensibilidad y la fuerza en las piernas, no podía moverlas. Era una sensación rara. Hoy sé que todo era perfectamente normal, pero entonces me asusté un poco y le pregunté al anestesista, que le restó importancia.

Hablando de los pacientes, algunos compañeros sueltan a menudo un «qué pesados». Es verdad que hay alguna gente que hace muchas preguntas: «¿Qué me pasa?», «¿me voy a recuperar?», «volveré a mover las piernas, ¿verdad, doctor?». El haber pasado por todo esto en primero de Medicina me dio sin duda un plus de paciencia.

La cirugía fue bien y la recuperación también. A los pocos días ya estaba de nuevo yendo a clase. En ese momento, el resultado de la operación no me preocupaba especialmente. Y no porque no fuera importante, sino porque los estudios me ocupaban tanto tiempo mental que casi no podía pensar en otra cosa. A medida que se acercaban los exámenes de enero, empecé a perder peso. Mi motor, el miedo a fracasar, estaba muy revolucionado.

Las pocas tardes libres que me tomaba eran las de los domingos. Siempre que hay partido en el Bernabéu, mi padre y yo vamos a verlo juntos.

Conservo muchos recuerdos de esos días de partido. Se cuentan entre los mejores que guardo. Íbamos al campo andando desde casa, era una media hora de camino que hacíamos en silencio casi sepulcral. ¿Por qué? Supongo que mi padre y yo somos igual de nerviosos y apasionados con el fútbol, y eso nos hacía hablar poco antes del partido. Era en el campo, ya sentados, cuando comenzábamos a charlar. En general hablábamos del partido, de los futbolistas y de su colocación. Llevamos toda la vida sentados en el mismo sitio y quienes se sientan a nuestro lado ya se han convertido en amigos; así que, por lo general, también charlamos con ellos.

La vuelta a casa era otra cosa. Al principio hablábamos del partido que habíamos visto, pero a los cinco minutos la

conversación cambiaba y empezábamos a charlar de nuestras cosas. Del trabajo de mi padre, de mis estudios, de la familia, de nuestros sueños, de nuestros problemas... Las mejores conversaciones con mi padre las he tenido volviendo del fútbol. Era como si las emociones del partido soltaran la lengua a dos personas a quienes les costaba hablar de sus sentimientos.

Sin embargo, hubo un día en el que la vuelta a casa fue muy movidita.

No era una temporada buena para el Madrid —un mes antes habían despedido al entrenador— y tocaba apoyar más que nunca. Esa jornada jugábamos contra el Cádiz, un equipo modesto, pero que empezó ganando el partido. En la segunda parte empatamos y tres minutos después Beckham metió un golazo de falta que nos puso por delante. Salté como un resorte para celebrarlo y, en ese momento, noté como una puñalada en la espalda, un dolor muy fuerte en el lado izquierdo del pecho. Casi me caigo hacia delante. Por un momento creí que era un infarto. Me tuve que sentar. Hice lo que menos hay que hacer en un caso así: quedarme callado y no decir nada. Disimulé y mi padre no se dio cuenta. El Madrid marcó todavía un tercer gol que yo apenas celebré.

Salimos del estadio deprisa, como siempre, para que pudiera volver a estudiar. Vivíamos a media hora de allí, así que siempre volvíamos dando un paseo. A los pocos metros, mi padre se dio cuenta:

—¿Qué te pasa, hijo? ¿Por qué vas tan lento?

—No sé qué es. Me ha dado un dolor en el pecho justo en el segundo gol. Ahora no puedo respirar, me ahogo.

—David, te veo muy mala cara. ¿Vamos al hospital? Tenemos uno aquí cerca...

—Papá, tengo que estudiar, el lunes es mi primer examen de la carrera. Es de Bioquímica, el examen más difícil, y no puedo perder el tiempo en Urgencias. Seguro que no es nada.

Él se resignó y seguimos caminando despacito. Sentado no me dolía tanto y podía respirar bien, así que, en cuanto llegué a casa, me puse a hincar codos.

Tenía por delante todas las *bios:* primero el examen de

Bioquímica, luego el de Biología y por último el de Biofísica. Después quedaban dos exámenes más fáciles. Fueron pasando los días y pude hacer los exámenes de Bioquímica y Biología. A veces tenía sensación de ahogo, pero sin moverme mucho todo iba bien. Cuando llegó el de Biofísica, en cambio, me encontraba realmente mal. Estaba ahogado. El día del examen, en clase, casi al terminar, me levanté para preguntar una duda, y en ese momento me mareé y casi perdí el conocimiento. Me recuperé lo suficiente como para poder rellenar la última pregunta, pero el profesor, que era médico, se preocupó y me preguntó.

—¿Cómo te llamas?

—David... —le dije titubeando.

—Pues te veo con muy mala cara, David. ¿Estás bien?

Al contarle los síntomas, me hizo prometerle que esa misma tarde iría al hospital. Aunque no se lo hubiera prometido, habría ido igual, porque en casa mi padre ya no me dejó escapatoria. Cuando volví, se puso serio:

—David, se acabó. Lo importante no son tus notas, ni la carrera, eres tú. Algo te pasa.

Me asustó ver a mi padre tan serio. Supuse que de verdad no debía de tener muy buena cara.

En el hospital me hicieron una radiografía y me enseñaron un concepto que aún no conocía:

—Tienes un neumotórax. Tienes que ingresar en la UCI y te pondremos un tubo de tórax[1] en el pulmón.

Cada pulmón está recubierto por dos pleuras, que son como dos bolsas de plástico íntimamente unidas. A veces, una de las bolsas se rompe y le entra aire, creando una cámara entre ambas que se conoce con el nombre de *neumotórax*. Un neumotórax en crecimiento puede acabar colapsando el pulmón y el corazón, poniendo en riesgo la vida del paciente. Los neumotórax pueden ser secundarios a traumatismos o a otros desencadenantes, pero, a veces, sin que se sepa muy bien el porqué, se dan de forma espontánea en gente sana. En general ocurre en pacientes que son altos y delgados. Me gustaría decir que también atractivos, pero en este caso la ciencia no está de mi lado.

Cuando llegué al hospital, mi situación era mucho más grave de lo que sospechábamos: mi pulmón izquierdo ya no funcionaba y el mareo se debía a que el corazón estaba ya sufriendo.

Recuerdo la cara de terror de mi padre cuando nos dijeron que tenía que ingresar en la UCI. Yo estaba en *shock*. Solo se me ocurrió preguntar una cosa:

—¿Cuándo voy a salir? Es que tengo que estudiar.

Por la cara que puso, el médico debió de pensar que en la cabeza tenía problemas más serios que el neumotórax.

Subimos a la UCI y ahí me sedaron. Es una sensación de agradable borrachera. Quizá eso me ayudó a decidir ser anestesista: quería inocularle a la gente ese pequeño bienestar. Me pusieron anestesia local y me abrieron una zona del tórax para poner ahí el tubo. Todavía conservo la cicatriz.

La recuperación fue bien. Al día siguiente, mis padres vinieron a verme a la UCI y lo primero que hice fue pedirles que me trajeran los apuntes, para poder estudiar.

—Pero ¿tú estás loco? ¡Ni hablar! —contestó mi madre.

Sin embargo, los convencí y pude seguir estudiando en la semana que me quedaba en el hospital. Según salí, me hicieron los dos exámenes que me quedaban. En febrero fui de los pocos que aprobó todas las asignaturas. Eso sí, empezaron a conocerme como «el chico del neumotórax», el que había estado ingresado en la UCI. Me quedé con la etiqueta y con el miedo porque los médicos me explicaron que lo que me había pasado tenía una solución relativamente fácil, pero que se podía volver a repetir.

En marzo teníamos una fiesta de la sangría en la facultad. La noche antes, al meterme en la cama, noté esa maldita puñalada en el pulmón. Al día siguiente fui a la universidad con sensación de ahogo. Me quedé un rato, pero no estaba para mucha fiesta. Ese mismo día volví a ingresar en la UCI y pasé de nuevo por todo el proceso. Y lo mismo sucedió una tercera vez. En esa ocasión, los médicos me dijeron que, más que poner un tubo, lo que tocaba era hacer una pleurodesis, una cirugía mucho más compleja e importante que las anteriores. Consistía en hacer una cirugía por toracoscopia, meter tres tubos en el pulmón con una cámara e

intentar irritar las pleuras. Para eso hay que poner un líquido que las quema, con lo que se consigue que queden fusionadas y ya no se cuele el aire entre ellas.

Sin embargo, esa cirugía era más importante y requería más recuperación. Peleé por todos los medios para que me dejaran hacer los exámenes de junio. Eso era lo que más importaba. No sé cómo me salí con la mía: me pusieron solo un tubo de tórax y me fui para casa a los pocos días. Conseguí aprobar todas en junio y, en julio, volví al hospital a operarme. Durante la espera antes del quirófano estuve repasando el año tan duro que había vivido. Me di cuenta de que no había disfrutado nada, en parte por todos los problemas de salud, pero sobre todo por ese miedo al fracaso que me había acompañado cada día. Recuerdo la tensión en las prácticas de primero, la sensación de que todo el mundo era más listo que yo, que yo no era lo suficientemente bueno. El síndrome del impostor que siempre tuve aprovechó para atacarme: «¿Cómo tenías esas sensaciones y luego fuiste de los pocos en aprobar todo?». Esa impresión de que en realidad no mereces las cosas que te han ido bien o de que todo te está yendo bien por pura suerte. En ese momento, estaba lejos de ser feliz. Muy lejos.

Estudiar Medicina se apareció ante mí como el peor error de mi vida y la única solución era dejarlo. Pero ¿cómo abandonar si era de los pocos que había conseguido aprobarlo todo? ¿No era una cobardía rendirse cuando veía la ilusión que ponían en seguir los compañeros que sí habían suspendido alguna? Por suerte, la cirugía fue bien y me recuperé en poco tiempo.

A pesar del mal año, decidí seguir otro más. Segundo fue, también, de los peores cursos. Es cuando se estudia Anatomía, una de las asignaturas más duras, que a mí además no me gustaba nada. Fue horrible. De nuevo, estuve a punto de abandonar en varios momentos. Como siempre, mi motor para seguir fue el temor a fracasar, al qué dirán, y con ese impulso conseguí aprobar todo en junio, a pesar de adelgazar diez kilos en época de exámenes. Me animó a seguir la perspectiva de que, en tercero, por fin, entrábamos al hospital y empezábamos las prácticas.

Por momentos, todo pareció mejorar. Tuve la inmensa suerte

de entrar en Medicina Interna en el Hospital Universitario La Paz, que es uno de los más importantes de Madrid. Empecé en el área que se dedica a los pacientes de VIH. Aprendí muchísimo del tema, pero descubrí también el miedo que les tenía a las agujas y los pinchazos. En las cirugías del primer año de carrera había tenido varios problemas con las vías periféricas y las agujas y eso me había hecho cogerles aún más miedo. Después, todo lo que había hecho era en la sala de disección, es decir, con cadáveres, lo que quita mucha presión. Al enfrentarme a pacientes reales, los temores se me dispararon.

En mi primer día de prácticas en la unidad de VIH atendí a un chico que tendría mi edad, unos veintiún años. Se había contagiado y además parecía que podía tener sífilis cerebral. Para hacer el diagnóstico, había que pincharle líquido cefalorraquídeo. Eso requiere una punción intradural, como tantas y tantas que hago hoy en día: hay que pinchar a través de las vértebras, atravesar sus ligamentos y su duramadre y coger una muestra del líquido para analizarlo. Al residente que estaba haciendo la punción le costaba encontrar el espacio entre las vértebras con la aguja. Y el paciente, aunque era muy sufrido, acabó por soltar algún gritito de dolor. Decía que le había dado un calambre y eso disparó mi cabeza: empecé a pensar en el que me había dado a mí antes de mi operación, en el dolor, en aquel chico, sus gritos no se me iban de la cabeza, y me puse a sudar y sudar y sudar hasta que me mareé. Nunca me llego a desmayar del todo, esa es mi suerte, pero me tuvieron que traer una silla. Además, me asaltó esa sensación de muerte que a veces acompaña a los mareos.

La buena marcha de tercero se vio empañada por aquel episodio que desató de nuevo mis dudas. Empezaba a pensar que sí valía para los estudios, porque ya había aprobado dos años, pero ¿y si no era bueno para la práctica de la medicina? ¿Y si no era capaz de aguantar los pinchazos y las agujas? ¿Y si ni siquiera era capaz de controlar la empatía con los pacientes? ¿Cómo podía ser tan tonto de haber escogido estudiar Medicina? Si ya en el colegio me daba miedo la sangre y me mareaba. ¿En qué momento decides estudiar Medicina cuando te pasa eso? Estaba claro que me gustaba

lo que estudiaba, que quería ayudar a la gente con mis conocimientos, pero ¿me iba a gustar ser médico? Y, sobre todo, ¿iba a ser capaz de superar esos miedos? En esos momentos me sentí muy estúpido, tenía la sensación de que siempre elegía el camino más difícil. En ese momento, una de mis canciones favoritas era *El salmón,* de Andrés Calamaro. El estribillo decía: «Siempre elegí la misma dirección, la difícil la que usa el salmón...».

Conseguí aprobar todo y me dije que, en ese caso, tocaba seguir adelante.

Cuarto lo cogí con ilusión porque en ese curso ya rotábamos todos los días en el hospital, no solo un día a la semana, como sucedía en tercero. Poco importó la ilusión, porque ese año volvió a ser muy malo. Empecé a tener problemas con la pareja con la que salía entonces y acabamos rompiendo. Era mi novia desde el último año de colegio y en algún momento pensé, con esa inocencia que solo te da la adolescencia, que siempre estaría con ella. Hoy me doy cuenta de que sin duda fue mi relación más tóxica. Ese año, además, se complicó por algo mucho más relevante. Poco antes de que comenzara el curso, además, le diagnosticaron a mi madre una enfermedad grave de la que os hablaré más adelante, lo que supuso un *shock* familiar. Todo eso, sumado al estrés ya habitual que me generaban los estudios, hizo que siguiera sin poder controlar la ansiedad. Aun así, pude aprobar todas y, esta vez, con la buena perspectiva de que el año siguiente me iría de Erasmus.

Ahora que me vais conociendo, no os sorprenderá saber que la noche antes de embarcarme para Bolonia, al poco de terminar la maleta, les dijera a mis padres que no pensaba irme. Me asaltó la certeza de que aquel iba a ser el mayor error de mi vida. Durante un erasmus surgen muchas distracciones, dificultades de idioma, menos exigencia con los alumnos. ¿Y si mi formación allí era peor? ¿Y si, por estar en Italia, no conseguía mantener el mismo nivel de concentración? Lo tuve claro: me quedaba.

A mi padre llegué a convencerlo, pero mi madre y mis hermanas fueron implacables: iba a coger ese avión sí o sí. Era una

decisión que había madurado a lo largo del curso, le había dado muchas vueltas y había concluido que iba a ser bueno para mí, así que nada de echarlo todo por la borda por un temeroso arrebato de última hora. Me dieron la confianza que me faltaba y acepté marcharme. De nuevo, como en el cambio de colegio, lo que parecía una decisión que condicionaría mi vida negativamente se convirtió en una de las mejores cosas que me han pasado. Más adelante volveré sobre ese año, pero ya os adelanto que aprendí muchísimo en la universidad italiana, sobre todo a valerme por mí mismo, aprendí de relaciones, aprendí a comunicar. Uno de los mejores años de mi vida.

Sexto tampoco fue duro. No es de los cursos más difíciles y, además, mis mejores amigos italianos se vinieron a estudiar a Madrid, así que fue como un segundo erasmus. Sin embargo, a medida que acababa el curso, y todos mis compañeros imaginaban su futuro, yo iba dándome cuenta de que, a pesar de haber superado tantas dificultades, seguía sin tener vocación. Había llegado allí porque la facultad estaba cerca de la casa de mi amigo David, y había ido superando problemas gracias a mi miedo al fracaso, pero... ¿qué era lo que yo quería en realidad? ¿Tenía ilusión por ser médico? Claramente me veía muy distinto a muchos de mis compañeros, no tenía esa ilusión desbordante que tenían ellos y, sobre todo, no pensaba como ellos que la medicina era el único camino para ser feliz. Teniendo en cuenta que estaba a punto de licenciarme, me dije que lo mejor era acabarla y afrontar más adelante aquella duda existencial que me perseguía.

En cuarto y sexto yo había sido el delegado de clase y tuve el orgullo de poder dar el discurso de graduación. Eso sí que supuso una pequeña revelación para mí. Lejos de mis habituales temores, disfruté mucho de la experiencia. Me gustó prepararlo y poder meter algunos toques de humor, y me gustó la adrenalina de hablar ante tanta gente y comprobar que no era mal comunicador. Ese fue mi primer flechazo con la divulgación. Fue, además, el único momento en el que he visto llorar a mi padre. Cuando acabó el acto, mi madre y mis hermanas vinieron a saludarme, y mi padre se quedó detrás, cabizbajo. Me acerqué a darle un abrazo y

vi que no podía hablar. Él es de pocas palabras y tiene una gran facilidad para decir antes lo malo que lo bueno. Cuando conseguí que levantara la cabeza, vi que estaba llorando: es la primera y última vez que se lo he visto hacer.

Verle tan emocionado y orgulloso me hizo emocionarme a mí también.

Yo estaba con muchas dudas de si quería o no dedicarme a la medicina o buscar otros caminos. Ver a mi padre tan emocionado, tan orgulloso, creo que me dio la fuerza necesaria para afrontar el examen MIR y acceder a una especialidad.

MIR significa «Médico Interno Residente» y es el examen que tenemos que pasar los médicos en España para elegir una especialidad y poder acceder a una plaza. La prueba es muy democrática, porque es tipo test, pero muy exigente: en mi época duraba cinco horas y constaba de más de doscientas preguntas. El que mejor puntúa elige plaza primero, y así sucesivamente. Al final, tu nombre y apellidos salen en una lista que ordena a todos los médicos del país. La sola idea de esa lista desató, una vez más, mis peores miedos.

Todavía hoy recuerdo la tensión de aquellos días. Hacía los simulacros de la academia como si fueran el propio MIR: cuando uno me salía mal, quería echarme a llorar como si todo estuviera perdido y, cuando me iba bien, parecía lo único importante del mundo. Fue, sin duda, una época mala. Lo que más me ayudó a sobrellevarla fue la pareja que tenía entonces, con la que estuve saliendo desde los últimos meses de la carrera y durante toda la residencia. En aquel momento acabábamos de empezar, estábamos en la fase de enamoramiento total.

Creo que con ella viví algunos de mis momentos más felices con una pareja. Me levantaba contento por las mañanas, y cuando me preguntaba a mí mismo que por qué estaba de tan buen humor, me salía la respuesta sola: «Porque estás saliendo con ella». Ella me hacía inmensamente feliz, me reía con ella, me gustaba estar con ella y mis amigos, sus amigas, con nuestras familias. A su lado, nada más importaba.

Y es que ella también hacía Medicina, y también estaba

preparando el MIR, y era una estudiante brillante. Recuerdo las tardes de estudio juntos como un oasis de felicidad en medio de la angustia. Su madre se volcó con nosotros: nos hacía la comida y estaba muy pendiente de darnos lo que nos pudiera faltar. En parte gracias a que estudiaba con ella y a toda la ayuda que recibimos saqué muy buena nota en el examen. Con el número que había sacado podía elegir la especialidad que quisiera en cualquier ciudad. Fui de nuevo muy afortunado. La cuestión era: ¿qué quería hacer? Me gustaba la cardiología, la pediatría, la anestesia... Aunque por esta última no había hecho prácticas durante la carrera

Tanto el hermano de mi chica como la mujer de este eran anestesistas y me contaban sus experiencias. Por su relato, pensé que aquella disciplina podría gustarme, pero seguía dudando. Al final, me decanté por esa especialidad en el Hospital Gregorio Marañón, que todo el mundo me insistía en que era de los mejores de España para hacer Anestesia.

Ya lo contaré más adelante, pero os lo podéis imaginar: durante los primeros días allí, pensé que había cometido el mayor error de mi vida.

7

Tomás

Con Tomás solo pasé tres semanas. Eso sí, fueron tres semanas cruciales en mi vida.

Ya lo he contado antes: en cuarto de carrera se juntaron el diagnóstico de la enfermedad hepática de mi madre, la ruptura con mi pareja de aquel entonces y el agobio redoblado por mantener a toda costa las buenas notas que había sacado en tercero. Y, sobre todo, mis ya viejas y queridas inseguridades, que no por conocidas dejaban de dañarme: ¿valgo para ser médico? ¿Soy lo suficientemente bueno? ¿Conseguiré llegar a la meta? Ojalá alguien me hubiera explicado que, si llegaba a la meta, como sucedió, me arrepentiría mucho de no haber disfrutado del camino. Que lo importante era el proceso.

Ese año tenía que tomar la decisión de irme o no de Erasmus. Todo el mundo me decía que adelante, que lo hiciera, pero a mí me dan pánico tanto las grandes decisiones como emprender cambios importantes y, con la mochila que llevaba, se me hacía más difícil todavía.

Ahí estaba yo, con mis miedos de siempre, pero también con ansia por hacer algún cambio en mi vida. Hasta entonces el único viaje que había hecho fuera de España era de fin de curso de bachillerato a París. Con ese bagaje, cualquier lugar de Europa me parecía muy lejos. Sin embargo, no paraban de lloverme argumentos que pintaban Bolonia como la tierra prometida: que allí en Medicina no había que estudiar ni la mitad de la mitad que en Madrid, que en las prácticas los profesores te hacían mucho caso, que era una ciudad pequeña y te podías mover en bici, que

había un gran ambiente estudiantil, que el italiano se aprendía rápido, que desde Bolonia salían vuelos de Ryanair para conocer toda Europa y que además estaba muy bien ubicada para viajar por Italia, incluso que había mucha fiesta. Además de pasar muchas horas estudiando, me encanta la música, la fiesta, las discotecas y los festivales. Pero por mucho que me dijeran, yo pensaba que irme era una locura..., aunque también podía ser un balón de oxígeno para una época en la que claramente estaba asfixiado. Nunca sabré cómo habría sido mi vida sin Erasmus, pero está claro que ese año cambió mi vida para siempre.

La vida de un estudiante en un hospital, al menos en los grandes, es bastante aburrida. El motivo es que no tienes una función clara y todo va tan rápido que es difícil que alguien pueda parar a ocuparse de ti. Como médico adjunto, lo veo ahora desde el otro lado: tengo muchas responsabilidades y apenas saco el tiempo que me gustaría para contarles cosas a los estudiantes y explicarles cómo va todo. Eso hace que el alumno se vaya desmotivando poco a poco porque no entiende cuál es su función allí. Además, esta falta de tiempo te hace no conocer a quienes tienes enfrente, y acabas tratando igual al estudiante activo y que se preocupa que al estudiante perezoso y con pocas ganas. Al tratarlos igual, el perezoso se relaja más aún y el bueno se desmotiva. Deberíamos tener más tiempo para prestar atención a los estudiantes en nuestro día a día. En ese momento, yo estaba en una de esas fases con la motivación bien alta y siempre me ofrecía para cualquier cosa; incluso para las tareas más sucias, como recoger los pises de los pacientes. Lo que fuera con tal de no sentir que era un cero a la izquierda.

A pesar de lo que cuento, en la planta de neumología nos tenían un poco más en cuenta. Muchas veces, cuando ingresaba alguien, los estudiantes éramos los encargados de hacerle la historia clínica. La historia clínica es una herramienta que el médico tiene para darse cuenta de lo que le pasa a un paciente. Tenemos pruebas diagnósticas buenísimas, analíticas, TAC, ecografías, resonancias magnéticas... Todas muy sofisticadas y con resultados muy precisos. Y, sin embargo, la historia clínica sigue

siendo lo más importante en medicina. Nada puede sustituir a la sencillez de sentarte con alguien y que te cuente su historia. Gracias a lo que extraes de esa conversación puedes buscar esos síntomas en la biblioteca de tu cerebro e inferir una serie de diagnósticos que luego confirmarás o no con pruebas. Siempre dividimos la historia clínica en el motivo de consulta y enfermedad actual —por lo que viene el paciente al hospital— y sus antecedentes personales —si tiene alergias, otras enfermedades—; luego pasamos a la exploración física.

Yo estaba en la planta de neumología consumiéndome en un mar de dudas y bloqueado con mi crisis existencial cuando ingresó Tomás. Tomás era un hombre de ochenta años al que me mandaron a hacerle la historia clínica. No sabía nada de lo que le pasaba, un poco como cuando vas al cine sin haber leído la sinopsis: es todo sorpresa. Enseguida hicimos un combo explosivo: a él le gustaba hablar y yo no tenía nada más que hacer.

—Cuénteme, Tomás, ¿es usted alérgico a algo o tiene alguna enfermedad?

—Pero, doctor, pregúnteme antes por qué vengo al hospital —me dijo con una sonrisa.

—Bueno, yo aún no soy doctor. Soy estudiante. Y la verdad es que tiene usted razón, mejor hablamos antes de lo que le pasa ahora.

Tomás ya me había dado la primera lección sin darse apenas cuenta.

Cuando los pacientes vienen al hospital no quieren hablar de sus alergias o de la cirugía que les hicieron hace cinco años. Lo más importante para ellos es hablar de lo que les sucede en este preciso momento. Así que siempre hay que darles tiempo para que se expliquen. Después, repasamos las alergias y antecedentes personales, estos últimos nos dan mucha información. Y una vez hecho esto, volvemos a la enfermedad actual y preguntamos más a fondo por los síntomas actuales.

Tomás me contó que se sentía mal desde hacía un tiempo. Empezó ahogándose un poco y ahora la cosa había ido a más y a más y a más... Se había resistido a venir al hospital hasta que había

empezado a toser sangre. Una vez claro el motivo de consulta, avanzamos.

—¿Es usted alérgico a algo o ha tenido alguna enfermedad o cirugía importante?

—Trátame de tú, que yo no pienso tratarte más de usted —se rio—. Y esto no es porque seas estudiante ni muy joven, es que me has caído muy bien. ¿Cómo te llamas?

—David. Entonces, ¿enfermedades importantes, alguna medicación?

Yo intenté frenarle un poco, porque creía que era lo que tenía que hacer, pero lo cierto es que a mí él también me había caído bien.

—Me operaron de apendicitis de niño y de un tumor pequeño en la próstata. Nada grave. Por lo demás, estoy fenomenal. Ninguna medicación.

—No tomas ninguna medicación, pero fenomenal no podemos decir que estés, Tomás. Se ve que hace mucho que no vas al médico.

Me había fijado en que en los dedos tenía acropaquías,[1] un síntoma propio de pacientes con cáncer de pulmón o insuficiencia respiratoria. En su caso, probablemente fueran ambas cosas. Además, tenía los labios de un color azulado. Cuando le pusimos el pulsioxímetro, saturaba muy bajito.

—¿Fumas? —le pregunté.

—Desde siempre. Pero si no he ido al médico es porque no me ha hecho falta.

—¿Haces deporte?

—No.

—¿Y sales a caminar?

—Antes lo hacía más, pero con los años me voy cansando. Ahora me cuesta andar más de cuarenta o cincuenta metros.

Entonces metí la pata y di al traste con todos mis intentos por hablar de medicina y no de cosas personales:

—¿Y cómo haces cuando sales con tu mujer a pasear?

—Ojalá tuviera yo de eso. Estuve casado, pero me divorcié. No podía salir bien. ¿Tú tienes pareja, David?

Suelo ser bastante reservado con mi vida privada, pero la conversación me pilló en plena crisis; y, como ya os he dicho, con Tomás sentí desde el principio una extraña familiaridad. Me apeteció contarle mi historia a alguien que no tuviera nada que ver conmigo.

—Sí, estoy con una chica. Llevamos ya un tiempo, pero siento que no me trata del todo bien. Es... Es muy egoísta. Se enfada conmigo por todo. Me planteo dejarlo cada día. Pero, a la vez, tengo miedo de dar el paso..., incluso de quedarme solo. O no encontrar a nadie mejor.

—¿Tú crees que es la mujer de tu vida?

La pregunta me dejó pillado.

—¿Cómo voy a saber yo eso?

—Eso se sabe. Si te pudieran conceder un deseo, el que fuera, ¿ese deseo sería con ella?

De nuevo Tomás me dejó callado. Él sonreía tranquilo.

—De verdad que cuando llegue la mujer de tu vida lo sabrás. Yo lo supe, pero la dejé escapar.

Me sorprendió el comentario y le seguí preguntando por su vida. Estaba claro que esto era más una conversación que una historia clínica.

—En mi familia había dinero. Y yo estudié Derecho porque era lo que mis padres querían. Durante la carrera me enamoré de una chica, pero esa chica era la hija de la mujer que limpiaba nuestra casa. Nos enamoramos los dos como locos y todo fue bien hasta que mis padres lo descubrieron. Me obligaron a romper con Natalia antes de que acabara la carrera. Yo me asusté. Era muy joven y me daba miedo enfrentarme a mis padres, por nada del mundo quería decepcionarlos. Me acobardé. Llamé a Natalia y la dejé. Sesenta años después puedo decirte que Natalia ha sido el amor de mi vida.

Aquella historia me parecía como de culebrón, quería saber más.

—Pero me has dicho que has estado divorciado, ¿no? ¿Te acabaste casando con Natalia?

—De ella lo único que supe es que murió en un accidente de

tráfico y eso me dejó muy tocado. Intenté seguir con mi vida y me acabé casando. Lo hice por presión social, por miedo a estar solo..., pero no estaba del todo enamorado de la mujer con la que me casé. Por eso entiendo de lo que me hablas. Yo fui de las primeras personas que me divorcié en este país, ¿sabes? De verdad, David, si encuentras a una chica que ponga tu vida patas arriba, que te remueva por dentro, no lo dudes, es ella. Y a mí me da la sensación de que esta no lo es.

Me sorprendió que opinara tan rápido, sin apenas conocerme, y me sentó un poco mal porque, como supe un tiempo después, tenía razón. Acabé la historia clínica y repasamos sus antecedentes y los síntomas que le habían traído al hospital: el ahogo, la tos, la sangre.

—Todavía no me lo has dicho —me interrumpió—, pero sé que tengo cáncer de pulmón.

—Bueno, eso habrá que verlo. Hacen falta pruebas, hasta que no las tengamos no podemos estar seguros de nada.

En sus ojos vi que era inútil tratar de convencerle.

—¿Te veré estos días? ¿O no vas a volver a pasar por aquí?

—Por supuesto que me acercaré a verte —le contesté.

Las pruebas le dieron la razón. Tenía cáncer y con mal pronóstico: inoperable y más avanzado de lo que pudimos pensar en un primer momento.

Los días siguientes aproveché el pase de visita para ir a hablar con él. Tenía mis exámenes a la vuelta de la esquina, así que lucía unas ojeras considerables, porque aprovechaba las noches para seguir estudiando.

—Hijo, tú trabajas mucho. Tienes una cara... —me dijo con un tono familiar.

—No, estudio mucho. Pronto tendré los exámenes.

—¿Tu familia y tus amigos son médicos?

—No, de mi entorno solo yo hago Medicina. Mis amigos de verdad, los de toda la vida, hacen otras cosas.

—Te digo una cosa: en la vida hay una cosa que no merece la pena y es trabajar demasiado.

—Ah, ¿sí? Pues mi padre y toda mi familia me dicen siempre

lo contrario, que trabaje todo lo que pueda.

—Sí, pero con tu forma de ser no te viene bien que te aprieten tanto ni que te exijan esforzarte más. Al revés, tendrían que pedirte que trabajes menos.

—Pero ¡si no me conoces! ¿Por qué dices eso? —Le contesté bruscamente, pero sabiendo que podía tener razón.

—Tú hazme caso, David. Yo era parecido. Saqué muy buenas notas en toda la carrera. Mi familia estaba orgullosa, pero el que llevaba toda la presión encima de no defraudarlos era yo. Fue tanta la presión que dejé escapar a mi amor. Y no solo eso, me esforcé en trabajar duro. Gané dinero, mucho dinero. —Por sus formas, por la ropa que llevaba antes de que le pusiéramos el pijama y por el reloj, yo sabía que no fanfarroneaba—. Y de verdad te digo que no merece la pena trabajar tanto para luego dejar de lado a los amigos y a la familia. ¿Por qué crees que aquí no ha venido nadie todavía? —No me había dado cuenta, pero era verdad, Tomás no había tenido una sola visita—. Con mi familia casi perdí la relación por el trabajo y por mi ambición. Tuvimos un problema con una herencia, un dinero que yo consideraba justo, pero que no necesitaba para nada. Y nos acabamos enfrentando; todo por dinero y orgullo, dos cosas que en pequeñas dosis te harán llegar lejos, pero en exceso te dejarán solo. Con mi exmujer ya no tengo relación, no tuve hijos, y de mis amigos me distancié porque, aunque me llamaban y estaban pendientes de mí, yo siempre estaba trabajando. De verdad que no compensa sacrificar tanto. Trabaja, pero no te pases.

Cruzamos alguna palabra más, hablamos de fútbol porque él también era del Madrid y me preguntó si sabía algo más de las pruebas, pero le dije que no.

—No me engañes, que sé que son malas noticias. Lo que pasa es que no me las quieres dar tú.

Creo que mi cara le confirmó a Tomás todo, si es que acaso necesitaba alguna confirmación.

Unos días después volví a la planta de neumología. Iba un poco enfadado por unas fechas de exámenes que no nos habían cambiado y, en ese momento, ese problema me parecía el peor

drama del mundo. Me encontré a Tomás caminando por el pasillo.

—Pero qué cara llevas, hijo. ¿Quieres hablar un poco?

Me invitó a pasar a su habitación. Allí me preguntó que qué me pasaba y le conté un poco.

—¿Por esa tontería estás preocupado? —me dijo risueño un paciente al que yo sabía que le quedaba poco tiempo de vida.

Estar frente a alguien que afrontaba una situación como la suya me ayudó inmediatamente a relativizar la mía. Luego me preguntó:

—David, ¿tu sueño es ser médico?

Me encogí de hombros.

—No lo sé. Hay días que pienso que sí, pero luego otras veces dudo. No sé si tengo verdadera vocación. Lo cierto es que, últimamente, a menudo me planteo dejar la carrera...

—Piénsalo bien: vas a tener el mejor trabajo del mundo, vas a ayudar a la gente cuando pierda la salud y, además, es un buen trabajo, que te va a dar estabilidad y te va a permitir cumplir otros sueños. No te rindas tan pronto.

—No te entiendo. Si el otro día me decías que no trabajara de más...

—Bueno, es que hay que buscar el justo equilibrio en todo.

—¿Tu sueño era ser abogado?

—Qué va. Mi sueño era ser piloto. Lo seguí pensando mucho tiempo, incluso después de haber acabado la carrera y ganado ya algo de dinero. Quería intentarlo, pero otra vez tuve miedo de defraudar a mi familia, de perder mi trabajo, de lo desconocido. Los miedos a veces nos advierten de las cosas peligrosas, pero otras veces se convierten en los dueños de todo. Hay que atreverse, intentar cumplir las cosas que pensamos que pueden ser buenas en la vida. Es mejor arrepentirse de lo que uno hace que de lo que no se ha atrevido a hacer por ser un poco cobarde.

En muy pocos días, Tomás me había hablado de muchas cosas: de la amistad, del trabajo, del amor, de la familia... Un día decidí tener un detalle con él. Me había fijado en que solía pedirle a su compañero de habitación el periódico para hacer los sudokus y en que casi siempre tenía algo de lectura entre las manos. Así que

bajé a una librería a comprarle un libro y una revista de pasatiempos para regalárselos. Al día siguiente me encontré su cama vacía. Supuse que le habrían trasladado a oncología o paliativos porque su tumor estaba muy avanzado. Rápido fui al control de enfermería a preguntar dónde estaba Tomás. Le visitaría en su nueva planta.

—Murió anoche, sobre las tres y media, con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda.

Me quedé paralizado mirando con extrañeza los libros que había comprado para Tomás. Me dije que había sido un novato por empatizar tanto con un paciente. Durante días anduve muy triste, casi como si hubiera perdido a un familiar o a un amigo. Duele perder a un paciente y más cuando has tenido un trato cercano. Y en ese momento no sabía que cuando eres médico, y no estudiante, es aún peor. Mil preguntas te asaltan: «¿Podíamos haber hecho más?», «¿hice todo lo posible?».

Ese agujero negro que se me quedó dentro me llevó a prometerme que no empatizaría tanto con los pacientes: correcto, sí; amable, también, pero sin traspasar ciertos límites. No tardé mucho en darme cuenta de que aquella era una promesa estúpida.

Unos días después, rompí de forma definitiva la relación con mi pareja. Estaba seguro de ello y la decisión me hizo sentir bien. Más tarde, tuve el valor de entregar los papeles para irme de Erasmus a Bolonia: prefería arrepentirme de lo que hacía y no de lo que no me atrevía a hacer. Y cuando empezaron los exámenes, conseguí estar mucho más tranquilo que otras veces. Tomás y sus palabras habían tenido un efecto mucho más profundo en mí de lo que me di cuenta en un inicio.

Así que sí, empatizar mucho con los pacientes puede dejarnos cicatrices, pero también cosas maravillosas. En la vida, lo realmente importante son las personas, y mi profesión me iba a dar la oportunidad de conocer a muchas. ¿Por qué ir con una coraza por miedo a pasarlo mal? ¿Y todas las cosas buenas que me iba a perder?

Como médico, puedo ayudar mucho a un paciente teniendo un trato más cercano..., pero los pacientes también pueden acabar

ayudándote a ti. Y Tomás me ayudó, mucho.

8

Un año en Bolonia

El día de mi partida estaba aterrado. Era la primera vez que volaba solo y mi única experiencia en un avión había sido con catorce años en un viaje familiar a Canarias. Ahora, lo único que podía pensar en la sala de espera era: «¿Qué narices hago yo yéndome a Bolonia?».

Lo cierto era que la elección del destino había tenido, una vez más, algo de azaroso (pero de nuevo la suerte estuvo de mi lado). Siempre me había llamado la atención la cultura italiana y ese idioma tan sonoro, tan vivo. Pero ¿Bolonia? Un día de esos en los que la madrugada me pillaba estudiando, sobre las tres decidí tomarme un descanso y encender la tele. Entre anuncios del tarot y vendedores de objetos imposibles, di con un programa que hablaba del Erasmus en Bolonia. Sería una reposición porque, si no, no entiendo a quién se le ocurriría emitirlo a esas horas. Aunque pensándolo bien, tal vez la idea no fuera tan descabellada, y en ese momento había más estudiantes insomnes y atacados de los nervios, esperando una señal para resolver su futuro. Flechazo total. Me enamoraron aquellas plazas y calles, el ritmo de vida divertido de una ciudad plagada de estudiantes que bullía a cada instante del día y de la noche.

No quiero engañarme a mí mismo al escribir sobre estos recuerdos; había oído tantas historias acerca de la gente que volvía de Erasmus llenos de anécdotas y vivencias, y por qué no decirlo, de la cantidad de fiestas a las que iban, que solo ahora reconozco que la vida nocturna era un aliciente más para tomar la decisión definitiva.

Todo ese cúmulo de situaciones me hizo recordar a Tomás y sus consejos. De nuevo, debía estarle agradecido.

Pasado el impulso de la decisión, volvió la parálisis. ¿Cómo iba a organizarme a la llegada, teniendo en cuenta que no hablaba ni papa de italiano? Mis padres me ayudaron a desbloquearme y me animaron a hacer algún cursillo en julio y luego en agosto una primera incursión para ir buscando casa, pues en septiembre, cuando llegara la mayoría de los estudiantes, iba a ser mucho más complicado.

Con esos consejos me puse en marcha. El cursillo de italiano fue breve, pero al menos me sirvió para romper el hielo. En cuanto al viaje, me animó mucho que un amigo que chapurreaba algo de italiano se ofreciera a acompañarme. Él había hecho el Erasmus el año anterior y estaba curtido en la batalla de buscar piso en el extranjero. Sin embargo, una semana antes de irnos, su abuela murió y tuvo que cancelar. Viéndome de nuevo solo ante el peligro, le pedí a mi madre que me acompañara. Ella no habla italiano ni inglés, pero es muy resuelta y, además, uno de los sueños de su vida era conocer Venecia, que está bastante cerca de Bolonia, así que podíamos primero buscar piso en la ciudad y luego hacer una escapada. Ella al principio se animó. Le habían diagnosticado hacía poco la hepatitis, pero estaba con un nuevo fármaco, el interferón. Y parecía que podía mejorar. Sin embargo, dos días antes del viaje, el interferón le causó un efecto adverso, una vasculitis,[1] que además le afectó al riñón, y su estado empeoró repentinamente. Hubo que retirarle el fármaco que podía mejorar su pronóstico. Y, por supuesto, en este estado no era prudente que viajara.

Así me vi sin más opciones que la de armarme de valor e irme solo a Italia. Llegué tres horas antes al aeropuerto, y si mi familia no me hubiera frenado, yo creo que habrían sido cuatro o cinco. No había casi cola para facturar, así que dos horas y media antes de la salida del vuelo me planté en la puerta de embarque, en la que todavía estaban gestionando el vuelo anterior, decidido a no moverme de allí. Pasado un rato largo, un chico despeinado y con cara resacosa se despanzurró a mi lado. Enseguida se quedó

dormido, aunque más bien parecía que había caído en coma. Ni las llamadas de los altavoces, ni las carreras de los pasajeros ni los gritos de algunos niños eran capaces de despertarle. A quince minutos de que saliera el vuelo, nos cambiaron la puerta de embarque a una que estaba en la otra punta del aeropuerto. Todo el mundo salió pitando y el chico seguía muerto. Me dio apuro, pero pensé que, si no le despertaba, perdería su avión y le sacudí un poco del brazo. Se dio un buen susto, le conté lo que había pasado y enseguida nos lanzamos juntos a la carrera.

Ya en la cola de la nueva puerta, me lo agradeció.

—Si no me llegas a avisar, lo pierdo seguro, qué desastre. Soy Ramón.

—Yo, David.

Por aquel entonces, en las compañías *low cost* los billetes no tenían asiento asignado, así que nos sentamos juntos y seguimos hablando durante todo el vuelo. Conocer a Ramón fue todo un golpe de suerte y un chute de energía; hablando con él, me quedaba claro que irme de Erasmus era la mejor decisión posible. Él era de Valencia, pero había venido a Madrid a coger el vuelo y al final se había liado de fiesta con unos amigos. Luego me contó que había hecho su Erasmus en Bolonia dos años antes. Yo no me podía creer mi suerte. Durante el viaje me explicó muchísimas cosas de la ciudad, sitios donde comer, donde salir, curiosidades... Ya llegando, me dijo que al día siguiente tenía que juntarse con varios amigos del Erasmus, que venían de distintos sitios de España, y con el grupo de italianos con el que solían salir, pero él se había adelantado un día, así que no tenía nada que hacer.

—¿Te importaría que te acompañe a buscar casa? Nada me apetece más que pasear por las calles de Bolonia. Y si me quedo en el hotel me voy a pasar el día durmiendo. Así me obligo a salir.

Mi segundo golpe de suerte. Ramón se manejaba estupendamente con el italiano, sabía cuáles eran los mejores barrios y le tenía el punto cogido a la ciudad. A mí me parecía que me había tocado la lotería. Fuimos juntos a ver casas y de la tercera que visitamos me enamoré. Era un apartamento en la vía Santo Stefano, una zona céntrica, plagada de maravillosos palacios

y basílicas, pero al mismo tiempo con mucha vida universitaria. La casa era preciosa y con mucha luz.

—Mira, yo he vivido aquí un año y estuve en varios cientos de fiestas en casas —me dijo Ramón—. Dudo que vayas a encontrar algo mejor a este precio.

Fue mi tercer golpe de suerte. Me había dado seis días para resolver lo de la casa y lo había conseguido casi a la primera.

—Oye, ya que todo ha ido tan bien, ¿por qué no te unes al viaje que he organizado con mis colegas? Vienen dos chicos españoles y luego nuestros amigos italianos. Quédate con nosotros, que vamos a estar haciendo cosas por la ciudad.

A mí me daba mucha vergüenza acoplarme a su plan de golpe y le dije que no un par de veces. Pero tuve la suerte de que Ramón insistiera y, al final, me decidí a superar el apuro que me daba y acepté. Creo que ahí empecé a entender un poco el espíritu Erasmus: puedes unirte a cualquier plan si te invitan. Nadie pensará mal de ti porque todo el mundo va con el mismo rollo de abrirse y conocer gente.

Por la noche llegó mi cuarto golpe de suerte. Ramón me presentó a la gente de su grupo. Así conocí a Gianluca. Lo que me pasó al verle no me ha vuelto a pasar en mi vida. Fue cruzar tres frases y darme cuenta de que iba a ser una persona muy especial ese año y, en general, una persona muy importante en mi vida. Nos entendimos enseguida. Era ese mejor amigo que siempre había estado esperando, alguien a quien le gustaba el fútbol y el deporte, que tenía un humor muy parecido al mío y con el que me complementaba perfectamente. Lo fuerte era que solo nos conocíamos... desde esa tarde. En ese momento, tenía una visión un poco negativa de la vida, y pensaba que ese italiano no podía ser tan bueno como parecía. Por otro lado, algo me decía que tal vez el problema era mío, que no bajaba la guardia.

Pasamos cinco días que fueron de ensueño. Me sentí muy integrado en el grupete, que se desvivió por enseñarme la ciudad y la vida que ellos tenían allí. Antes de volver a casa nos dimos los móviles y el Facebook para seguir en contacto hasta que yo volviera definitivamente a Italia. Aún no me había mudado del

todo y ya tenía mi pequeño círculo.

Cuando volví a casa, mis padres no se lo podían creer. Habían despedido a su hijo en pleno ataque de pánico ante el mundo exterior y se reencontraban con mi versión más alegre, tranquila y confiada.

Sin embargo, nada de eso impidió que, unas semanas más tarde, cuando estaba haciendo la maleta para trasladarme del todo a Bolonia, me entraran mis eternas dudas. Me empecé a agobiar con todo lo que me faltaba por hacer, con la idea de vivir un año fuera de casa y con todo lo que me esperaba allí. Me daba miedo que en Italia el curso fuera demasiado fácil y que eso me pasara después factura en el MIR. Pero a la vez también me daba miedo que el curso fuera muy difícil, que suspendiera alguna... Fiel a mí mismo, a las once de la noche les trasladé a mis padres mi irrevocable decisión:

—Me quedo. Es lo mejor.

Mi padre, que nunca había estado convencido del todo, no tardó en contestar:

—Si es lo que quieres, quédate.

Pero mi madre y mis hermanas no me dieron opción. Me iba a ir a Bolonia y no había nada que discutir, solo había que cerrar la maleta. Y lo que no entrara ya me lo mandarían.

Así que, al día siguiente a las ocho de la mañana estaba cogiendo el avión. Oficialmente estaba de Erasmus.

Al poco de aterrizar, Gianluca me mandó un mensaje para invitarme a jugar al fútbol con sus amigos. Esa se convirtió en una de las mejores cosas de aquel periodo: volví a jugar al fútbol muy a menudo, y disfrutándolo mucho más que cuando era pequeño, porque aquello era un grupo de amigos y no competíamos en serio.

Pero no fue solo el fútbol: Gianluca me integró en su grupo de amigos, en su familia. Reconozco que, al principio, llegué a pensar que quizá yo le gustara... y por eso mostraba tanto interés en mí. Es una idea que terminé descartando, Gianluca no sentía ninguna atracción por los hombres. Aun así, a veces me descubría pensando: ¿qué querrá de mí? ¿Por qué me trata tan bien? Supongo que venir de donde vengo te hace ser desconfiado por

naturaleza. Pero lo cierto es que, al conocer más a su familia, lo entendí todo. Vivían en una casa muy humilde a las afueras de Bolonia. No tendría más de cincuenta o sesenta metros cuadrados y, sin embargo, siempre me invitaban a estar por allí y a comer. Luego la madre de Gianluca me daba táperes porque sabía que yo era un desastre cocinando y me insistía en que tenía que comer mejor. Todo lo que tenían lo compartían. Hasta extremos alucinantes.

Un día se me rompió el ordenador. Estar sin portátil de Erasmus es como perder tu ventana al mundo. Yo, por supuesto, no tenía dinero para comprarme otro, y no se lo podía pedir a mis padres, que bastante esfuerzo habían hecho ya. Gianluca sabía que mi portátil estaba roto y me traía el suyo a casa para que pudiera hacer cosas de la universidad. Un par de semanas después de haber roto el ordenador, estaba en una comida en casa de los padres de Gianluca. Carmela, su madre, sacó su postre estrella: el tiramisú. Pero esta vez junto al tiramisú había un paquete envuelto en papel de regalo. Me dijeron que lo abriera. Un ordenador nuevo. No podía creérmelo. Sabía perfectamente que el dinero no les sobraba, sino todo lo contrario, y aun así su generosidad no tenía límites.

De vez en cuando los viejos recelos me volvían a asaltar: ¿qué querrán de mí?, ¿qué esperan a cambio? Esa era otra de las lecciones que el Erasmus me tenía reservada: hay gente buena ahí fuera, que lo único que quiere es ayudarte. Yo venía de un barrio dificilillo, de un ambiente donde había que andarse con ojo, siempre un poco alerta por lo que pudiera pasar, siempre atento a que no te la líen. Y esa actitud no me dejaba disfrutar plenamente de los Gianluca que hay por la vida, dispuestos a compartir hasta sus últimas migajas.

Tuve que irme a Italia para empezar a valorar también el esfuerzo que habían hecho mis padres por sacarnos adelante a mí y a mis hermanas. Durante mi estancia, me las veía y me las deseaba para llegar a fin de mes con el dinero de la beca y valerme por mí mismo y no podía dejar de pensar en cómo lo habían hecho ellos

para alimentar cinco bocas. Muchas veces hubo que apretarse el cinturón y renunciar a cosas, pero se las apañaban para que no nos sintiéramos nunca en falta.

Gianluca también fue el encargado de mostrarme la otra cara de Bolonia que venía buscando: la nocturna. Se reveló como un auténtico experto en sitios que merecían ser visitados y locales con mayor ratio de mujeres por hombre. Después de todo lo que había oído sobre ir de Erasmus, no me defraudaron ni la ciudad ni sus opciones para salir de fiesta. Bolonia, como buena ciudad universitaria, tiene vida hasta altas horas de la madrugada y la actitud de la gente es abierta en líneas generales. Conocí a multitud de chicas y, claro, unas me dieron bola y otras no me miraron dos veces.

Durante este viaje me enamoré seis o siete veces en una sola noche, tuve alguna relación más o menos seria de un par de semanas en, al menos, tres o cuatro ocasiones, y, finalmente solo se me quedó grabado el nombre de una de ellas: Valentina.

Nos conocimos en una fiesta, como no podía ser de otra forma, pero rápidamente supe que no había más fiesta que ella y yo. Italiana, del sur, de melena rubia y espesa, cuerpo delicado y vivaracho, y ojos color miel. Su mirada era un monólogo sobre la alegría, sobre la vida, sobre el deseo. Y no le importaba hacértelo saber. Al menos, fue así conmigo.

—Así que tú eres el famoso chico español.

Cuando giré la cabeza para ver quién me estaba hablando, me quedé paralizado. No era capaz de articular palabra de lo preciosa que me pareció. Si no hubiera tenido la excusa de ser un extranjero que no dominaba bien el idioma, Valentina podría haber pensado que me faltaba un hervor.

—Si preguntas por un español, puede que sea yo —conseguí decirle—. Si preguntas por alguien famoso, creo que te has confundido.

—He oído hablar mucho de ti —dijo mientras se daba media vuelta y volvía a unirse a la fiesta.

En ese instante hubiera caído a sus pies y vendido mi alma al primer postor por conocer sus gustos y sus anhelos. Ella había

puesto el cebo y yo me lo había merendado con cuchillo y tenedor. A lo largo de la noche fuimos el uno en busca del otro hasta encontrarnos. Esta vez no me cogió desprevenido y acabamos besándonos. Me dio su número y al día siguiente le escribí, pero no contestó a mi propuesta de quedar a tomar algo.

A la semana coincidimos en otra fiesta. Sin la sorpresa inicial del día que nos conocimos y con las ideas mucho más claras por parte de ambos, nos besamos y pasamos el tiempo juntos. No tenía sentido seguir en un sitio público, así que nos fuimos de allí en cuanto pudimos. Íbamos camino de su casa que no estaba lejos de donde nos encontrábamos, pero el camino se hacía interminable por todas las paradas que hacíamos para besarnos y tocarnos. La tensión iba en aumento. Vi un fotomatón a nuestro lado. Le propuse hacernos unas fotos para tener un recuerdo de la noche.

La tira de cuatro fotos se sucedió de la siguiente manera: la primera, mejillas pegadas y sonrisas; la segunda, beso en la boca; la tercera, su nuca tapando mi cara; la cuarta, apenas unos brazos en alto quitando la camiseta del otro. A mí me pareció que nunca una máquina de fotos ha dado un mejor servicio. Finalmente llegamos a su casa y no salimos de ella durante tres días. El recuerdo que tengo de ellos, aparte de lo obvio, es que no nos alimentamos. No sé cómo pudimos aguantar. Como médico, no me salían los cálculos de la resta entre gasto energético y aporte de calorías. Supongo que el enamoramiento puede llegar a no ser saludable.

Y es que después de estos días tan intensos yo creía descubrir en mi interior que sentía algo por Valentina. Sin embargo, ella nunca sintió lo mismo. Pronto descubrí que ella tenía un novio en el sur de Italia que algunos fines de semana venía a visitarla. Ella me prometía que iba a dejarlo y a mí me gustaba tanto que me creía todas y cada una de sus promesas. Ella para mí era mi absoluta prioridad, mientras que yo para ella solo era una opción más. Aprendí que en las relaciones hay que tener un nivelador, algo que equilibre las fuerzas. Y que, en mi caso, si uno tira mucho más que otro, si la cosa está descompensada, es imposible que funcione.

Unos meses después de ese encuentro, Valentina me dijo que regresaba a vivir a su ciudad junto a su novio. En ese momento me sentí el más desgraciado del mundo. Con los años me di cuenta de que poner tierra de por medio lo hizo todo mucho más fácil.

Disfruté también en las rotaciones del hospital y aprendí mucha medicina, quizá menos teoría de la que hubiera aprendido en España, pero no era eso exactamente lo que había ido buscando a Bolonia, sino todo lo demás. Aprender a hacer vendajes, manejar las urgencias más frecuentes, explorar de forma básica a un paciente... son cosas que aprendí en Italia.

En junio, mis padres y mis hermanas vinieron a visitarme. Les enseñé la ciudad y pudieron conocer al fin a aquella otra familia que me había echado, la italiana, y de la que tanto les había hablado. Mis padres estaban muy contentos de poder agradecerles todo lo que habían hecho por mí. Acabaron yendo varias veces a comer a casa de Gianluca. Mis padres no hablaban italiano y los suyos no hablaban español, así que a él y a mí nos tocaba hacer de traductores, aunque al final eso era lo de menos, porque todo el mundo encontraba la manera de hacerse entender. Nos reímos mucho aquellos días.

El colofón llegó cuando al final del viaje los cinco hicimos una excursión. Y mi madre, lidiando con su enfermedad hepática, pudo hacerse al fin una foto en la plaza de San Marcos. Ver a mi madre sonreír en Venecia fue un gran final de Erasmus.

9

Nadie recuerda el nombre del portero

Los porteros de fútbol de los equipos grandes tienen una posición complicada. Si en un partido, el portero hace paradas importantes, simplemente habrá ayudado a que el equipo se mantenga con vida, pero si un día comete un mínimo error, todo el mundo le señalará como el culpable de la derrota. Era raro que Iker Casillas ocupara las portadas de los periódicos a no ser que hubiera cometido un error. En un quirófano, el anestesista es ese portero que nunca ocupará las portadas, salvo que falle. Cuando me di cuenta de esto, no me importó demasiado; yo ya había empezado a arrepentirme mucho antes de mi elección

Al elegir, buscaba un campo que no me obligara a hiperespecializarme porque eso te lleva a una visión muy parcial. Por ejemplo, en oftalmología aprendes muchas cosas nuevas, pero seguramente olvides buena parte de lo que aprendiste en la carrera, porque ya no lo necesitas. Yo no quería que me pasara eso. A un oftalmólogo le hablas de hipertensión y solo piensa en glaucoma;[1] yo no quería reducir mis conocimientos a un solo órgano. Cardiología también me gustaba, con el inconveniente de que, aunque mantiene una visión más general, también se centra sobre todo en un órgano, el corazón. Pediatría era otra de mis opciones, pero me daba miedo centrarme demasiado en el niño. Frente a todas ellas, anestesia me pareció que tenía un planteamiento ambicioso porque me permitía conservar una visión global del paciente.

Cuando eliges especialidad, tienes que escoger entre las médicas y las quirúrgicas. Las primeras son las que necesitan más

conocimientos teóricos y curan con fármacos: medicina interna, cardiología, digestivo, reumatología, oncología; las segundas, las que requieren más habilidades manuales y curan sobre todo con cirugías, como cirugía general, neurocirugía, cirugía plástica... Pues bien, anestesia es una especialidad médica porque requiere muchos conocimientos teóricos y *curas* con fármacos, pero se desarrolla en quirófano y exige mucha técnica manual —intubar, coger vías periféricas y centrales, utilizar la ecografía, pinchar epidurales, intradurales—. Además, es un tres en uno: implica anestesia, reanimación y terapéutica del dolor. Y permite desempeñar trabajos muy distintos: en quirófano como anestesiólogo; en la unidad de reanimación con una función más parecida a la de los intensivistas; en la unidad de dolor crónico o pasando consulta. A todo ello se sumaba, lo confieso, que me tentaba la adrenalina y la posibilidad de salvar vidas.

Todos estos motivos quedan muy bien expuestos sobre el papel, pero lo cierto, ya lo dije, es que también hubo un factor personal, mucho más azaroso. Hablé con un cardiólogo que me dijo que sus primeros años de especialista fueron muy duros porque encadenó varios contratos malos; con una pediatra muy quemada, porque trabajaba en un centro de salud y echaba de menos el hospital; y con un anestesista satisfecho porque siempre había tenido trabajo. ¿Quiere eso decir que siempre sea así? No, pero a mí entonces me sirvió. ¿Es una visión muy sesgada? Por supuesto, pero la vida está sesgada. Y las cosas no son como son, las cosas son como soy. Y, más aún, como soy en ese momento. Y a mi yo post-MIR, harto de estudiar meses y meses, le horrorizaba la idea de hacer una especialidad que pudiera no tener muchas salidas profesionales.

Además, en mi cabeza el anestesista era el líder del quirófano. Quien actúa ante una situación crítica, quien tiene el poder. Me lo imaginaba todo bastante peliculero. Quienes no sean médicos pensarán que es imposible que no conozcamos mejor las especialidades como estudiantes, pero la realidad es que la visión del estudiante poco suele tener que ver con el trabajo que luego haces realmente.

Con este planteamiento tan ambicioso, no os sorprenderá el *shock* para mi ego que supuso tener que ponerme el traje de portero. Ese papel, con tanta responsabilidad, pero tan poco reconocimiento, no iba bien con mi carácter de entonces. Yo nunca he sido particularmente amigo de la discreción. Y la conclusión de siempre no tardó en aparecer: «He cometido el mayor error de mi vida». De nuevo las famosas palabras explotaban en mi cabeza.

Me lo repetía a diario: «Tenía que haber elegido pediatría, tenía que haber elegido cardiología, tenía que haber elegido cirugía. Cualquier cosa menos anestesia». El momento cumbre llegó en la panadería de mi barrio. Hacía varios meses que yo no pasaba por allí y la panadera, que sabía que estudiaba Medicina, me recibió con cariño:

—Pero, bueno, David, ¡qué alegría verte! Me han dicho que ya has acabado la carrera. ¡Ya eres médico!

—Sí, Merche, y ahora estoy especializándome en anestesia.

—Pero, bueno, hijo... ¿Es que no había trabajo de médico? No te preocupes que, con lo que tú vales, seguro que encuentras trabajo de médico pronto —me dijo apenada.

En ese momento no supe si reír o llorar. La gente a mi alrededor creía que anestesia no era una especialidad de la medicina, sino que quienes la practicaban eran más bien enfermeros o técnicos, y eso, después de la panzada que me había dado a estudiar, le pegó fuerte a mi ego.

Para colmo, volvieron mis miedos a las agujas. En el primer día de quirófano, cuando vi pinchar una intradural, sentí lo mismo que con aquel paciente en la unidad de VIH: mareos, calores, vista nublada... El adjunto estuvo rápido y me trató muy bien:

—Oye, David —me dijo acercándose a mí y en voz muy baja —. Te estás poniendo blanco, te estás mareando, ¿verdad?

—Pues la verdad es que un poco —pude balbucear.

—Sal de quirófano y di que vas al baño... No te agobies, que esto son los nervios del primer día.

Nada podía evitar mi cabreo conmigo mismo: «Idiota, ¿cómo se te ocurre elegir una especialidad como anestesia en la que todo son agujas, con lo que a ti te marean?».

Recuerdo que en esos días tuve una de mis mayores crisis vitales. Qué importante es tener un buen equipo cuando uno sufre este tipo de crisis.

Cuando llegué a casa, se lo conté a mis padres, con los que aún vivía:

—Me he mareado viendo cómo pinchaban a alguien en la espalda. Yo no sé si voy a poder con esto.

—Estate tranquilo, cariño, tú siempre puedes con todo —me dijo mi madre.

Si mi padre tiene tendencia a ser un poco duro y negativo, mi madre es todo lo contrario, es una optimista nata que siempre busca lo bueno de las cosas. Y hace algunos pronósticos con tanta seguridad que, al final, tú mismo te los acabas creyendo.

Mi padre, para animarme, optó por despertar mi faceta competitiva. Recuerdo de forma cristalina una frase que me dijo en esos momentos de dudas:

—Hijo, no te precipites a la hora de tomar decisiones. Y no te preocupes ni te culpes si es que finalmente te has equivocado. Caerse está permitido, lo que no está permitido es no levantarse y seguir luchando.

Recuerdo también lo mucho que me ayudó mi pareja en ese momento. Ella me animaba a estar tranquilo:

—Coca —así la llamaba—, no sé si voy a poder con esto de las agujas, creo que la he liado eligiendo anestesia.

—Claro que no, anestesia te va a encantar, vas a ser muy feliz siendo anestesista. Mira a mi hermano y a su mujer, solo necesitas un poco más de tiempo.

Es curioso cómo, años más tarde, uno de los motivos de nuestra separación fue precisamente que la anestesia me enamoró tanto que me dejaba muy poco tiempo para la vida en pareja.

Para sobreponerme a los mareos, decidí centrarme lo más posible en la técnica y en el paciente: qué tenía que hacer y cómo. Pasito a pasito. Concentrándome en cada pequeño gesto me olvidaba de mi aprensión. Así, fui cogiendo confianza y le perdí el miedo a las agujas (siempre y cuando no me pinchen a mí, que a cada analítica me mareo).

Para lo otro, para el dolor de ego, los compañeros del hospital, más veteranos que yo, me tenían reservadas unas cuantas lecciones. El primer año de residencia consiste en aprender a trabajar en equipo y darte cuenta de que, en ese equipo, tú casi nunca tienes razón. Casi.

Un día yo tenía prisa por entrar a preparar el quirófano. Quería sorprender al adjunto con el que trabajaba, pero la señora de la limpieza me paró:

—Cuidado, no pises ahí, que está mojado.

—No importa, llevo prisa.

Yo era el médico, yo marcaba los tiempos, yo salvaba vidas, ¿cómo iba a detenerme porque el suelo estuviera mojado? Nada más entrar al quirófano, me resbalé y me fui al suelo de culo. Fue duro: ni siquiera conseguí disimular el dolor en la rabadilla. La limpiadora no hizo leña del árbol caído, solo sonrió, aunque yo merecía mucho más.

En otra ocasión, un médico mayor que yo me dijo:

—Pero, David, ¿dónde vas con todos esos bolis en el bolsillo del pijama? Te van a dar un disgusto.

A esas alturas de la residencia, tenía la sensación de que, como éramos los nuevos, todo el mundo aprovechaba para darnos consejos sin filtro y era agotador. «Pero qué daño harán aquí estos pobres bolis», pensé, y no hice mucho caso a la advertencia del compañero. Hasta que unos días después llegó una cirugía abdominal en la que el paciente no paraba de empeorar. Entró en parada cardiaca y tuvimos que hacerle un masaje. El masaje cardiaco es agotador, por eso una persona no debe hacerlo durante más de dos minutos; pasado ese tiempo, se cambia a la persona que da el masaje por otra descansada. Cumplido el tiempo, el adjunto me pidió relevo y ahí entré yo. Era mi primer masaje en quirófano y lo cogí con ímpetu, orgulloso de darles uso a mis bíceps. Vamos, que fui con todo. Nada más empezar a dar botes encima del paciente, todos los bolis y rotuladores que tenía en el bolsillo camisero salieron volando. Más de uno fue a parar a la tripa del paciente. Los cirujanos miraban en silencio perplejos. Yo los miré con igual incredulidad. El más rápido se puso a sacar los bolis, se

cambió de guantes, lavaron la cavidad abdominal y seguimos con el masaje. Por suerte, el paciente evolucionó bien, salió de la parada, se recuperó y, al tiempo, incluso volvió a casa. Los que no volvieron fueron mis bolis: los tiré todos a la salida del quirófano.

La tercera lección no me la dio un compañero del hospital, sino un paciente. A la salida del quirófano, el adjunto me dijo que trasladara yo a la URPA (la Unidad de Recuperación Postanestésica) al hombre al que habíamos intervenido. Es un trayecto corto, pero preferimos llevar al paciente monitorizado con un pulsioxímetro.[2] El aparato venía dando problemas y, de vez en cuando, se apagaba. A mitad del traslado, la pantalla se fundió a negro y a mí me salió tan natural:

—Vaya, se ha muerto.

El paciente, que estaba en duermevela, abrió los ojos de golpe:

—Doctor, creo que sigo vivo.

Pude ver en sus ojos que estaba aterrorizado. Y caí en la cuenta de que en un hospital es mejor no utilizar ninguna frase que contenga la palabra *muerto,* por mucho que sea en sentido figurado o aplicada a un aparato. El arte está no solo en cómo nos dirigimos a los pacientes, sino también en la forma en que hablamos cuando están ellos delante.

Al primer gran desafío que se me planteó llegué un poco más curtido por la experiencia. El primer año de anestesia hacemos guardias en Urgencias. Quiero aprovechar para pediros que, si alguna vez vais a Urgencias —y podéis permitíroslo—, seáis comprensivos con quienes os atiendan. Ese día yo llevaba una mañana tranquila hasta que llegó un paciente de unos cuarenta años, muy ansioso y con una historia un poco extraña.

—Nada más salir del portal me he encendido un cigarro y le he dado una calada. No le voy a engañar, yo fumo bastante, ¿sabe? Le he dado una calada y me ha entrado un dolor aquí. —Se señaló el tórax—. Pero un dolor fuerte, eh, muy fuerte. Me ha atravesado de arriba abajo, entero.

—¿Y qué has hecho después?

—¿Que qué he hecho? Yo trabajo en un banco. Me he ido a

trabajar, claro, qué voy a hacer. Pero me estaba ahogando, así que al cabo de un rato he tirado para aquí a toda leche.

—¿Has tenido estrés últimamente?

—Trabajo en un banco. Yo siempre tengo estrés.

Le hicimos una radiografía de tórax, un electrocardiograma y una analítica y todo dio perfecto. Pensé en preguntar a alguien con más experiencia que yo, pero lo cierto es que aquello parecía un ataque de ansiedad. Aunque había algo que no terminaba de convencerme. Lejos de los oídos del paciente, le pregunté a una enfermera veterana de Urgencias.

—¿Tú cómo lo ves?

—Yo diría que le pasa algo, algo serio. Seguro. No sé muy bien el qué, pero llevo demasiados años aquí como para no saber que a este hombre le pasa algo.

La escuché y decidí volver a poner al paciente en el box y hablar más con él. Seguí haciéndole preguntas y él siguió contándome. Además del dolor torácico, le empezó un dolor muy fuerte en la espalda, entre las dos escápulas. Ahí me di cuenta de que podíamos estar ante una patología de la aorta, así que decidí tocarle los pulsos y comprobé que tenía pulso en el lado izquierdo, pero no en el derecho. Eso me dejó muy preocupado. Rápidamente llamé al cirujano vascular y, cuando le puse al día, me dijo que había que hacer un TAC de forma urgente. El TAC mostró que, efectivamente, tenía una disección de aorta y que había que llevarle al quirófano lo antes posible. Allí, el cirujano vascular, que llevaba muchos años haciendo su trabajo, me miró de arriba abajo y me dijo:

—No sé cómo te has dado cuenta, pero hoy has salvado una vida.

La línea entre salvar una vida y meter la pata es muy fina. Lo que me impidió cruzarla fue el consejo de aquella compañera de enfermería. A esas alturas de la residencia, afortunadamente, yo había aprendido a hacer caso siempre a los más veteranos. ¿Siempre? Casi.

Una guardia convulsa, sobre las cinco de la mañana, cuando todo empezaba a calmarse, me fui a la cama a intentar descansar

un poco. El busca empezó a pitar como loco. El residente mayor y yo nos despertamos aterrorizados por tener que volver a la acción cuando apenas habíamos tenido unos minutos de reposo. Miré el busca, me llamaban de planta. Pregunté si tenía que ir corriendo, porque podía ser una parada cardiaca o cualquier otra emergencia:

—No, no, no, tranquilo, no te llamo por ningún paciente, te llamo por mí.

—¿Y quién eres tú?

—Soy la auxiliar de enfermería de la noche. Es que dentro de una semana tengo una cirugía programada, pero no tengo muy claras las horas que tengo que ayunar antes de entrar a quirófano.

A aquella auxiliar le había parecido que las cinco de la mañana era un buen momento para llamar al busca de guardia y preguntar por su caso. No me lo podía creer. El residente mayor, que oyó la conversación, rápidamente cogió el busca y le dijo que, aunque fuéramos todos compañeros, no eran horas para ese tipo de cosas.

—Tienes que estar atento, David, porque al ser el más jovencito, más de uno va a intentar colarte goles.

Agradecí su defensa, porque hizo que me sintiera menos solo. Cuando entras al hospital, lo haces al principio creyéndote un superhéroe, ¡eres médico y vas a salvar vidas! Sin embargo, la realidad se va imponiendo. Con el tiempo, acabas por sentirte poco más que un pardillo que va por el hospital rebotando como una pelotita de *pinball,* intentando aprender lo más posible con cada golpe de realidad.

A mí aquel proceso me sentó muy bien. Me bajó los humos y me ayudó a limar mi ego. Poco a poco se me fue de la cabeza esa idea de que había cometido un error fatal y me fui sintiendo muy cómodo en mi función de portero del equipo. Siempre me acuerdo de las palabras que me dijo un adjunto:

—Tu objetivo como anestesista es que el paciente no recuerde tu nombre. Si, después de una cirugía, solo se acuerda del nombre del cirujano es que ha ido todo bien o, al menos, tu parte. Pero si lo recuerda, siendo tú el anestesista, va a ser siempre para mal.

Esa máxima se me grabó a fuego. Con el tiempo, la he ido

transformando porque creo que mi trato con el paciente puede ser diferencial: puede acordarse de mí porque le hemos tratado especialmente bien. Y eso es un valor positivo.

Tras reconciliarme con la anestesia, con el paso de los años lo que menos me atrae de esta especialidad es justamente lo que más anhelaba al principio: esa adrenalina que da salvar vidas. Ahora pienso que ojalá hubiera elegido una especialidad un poco más tranquilita.

Además, aprendí a aceptar que, como portero, mi trabajo nunca sería tan reconocido como el del delantero goleador. Y, aun así, Iker Casillas es uno de los jugadores más queridos de la historia del Real Madrid.

10

Un fallo médico

Con mi primer paciente de reanimación no tuve la ocasión de hablar.

Ricardo era un hombre de unos setenta y cinco años que había padecido un cáncer de colon. Ya se le había operado, se le había dado quimio y radioterapia y el proceso oncológico estaba superado. Le faltaba solo afrontar una cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal,[1] pero ahí fue donde aparecieron los mayores problemas: durante la intervención, hubo complicaciones que provocaron que el paciente tuviera una perforación intestinal.

Cuando yo me incorporé, el paciente llevaba varios días ingresado en la unidad de reanimación, estaba intubado y sedado. Para mí aquello fue un aprendizaje: muchas veces, la única manera de conocer a los pacientes, y su historia, es a través de su familia. Teresa, su mujer, venía todos los días para que la informáramos de cómo iba todo, siempre acompañada por sus dos hijas, que tendrían poco más de treinta años cada una.

Ya he hablado de lo frágiles que son los pacientes en reanimación. Eso hace que haya que extremar también los cuidados en el trato con las familias y allegados. Como es normal, ellos no solo escuchan las palabras que les decimos, también las interpretan, y buscan indicios a los que agarrarse. Es una actitud normal: nadie quiere perder la esperanza de volver a ver a un ser querido. Eso nos obliga a ser contenidos. El riesgo entonces es ser demasiado frío o pesimista, lo cual tampoco es justo con quienes te están escuchando. Además, los procesos de reanimación suelen ser tortuosos: a menudo se da dos pasos adelante y uno atrás, lo cual

desespera a las familias porque no pueden hacerse una composición cabal de cómo está yendo todo.

En cuanto empecé a hablar con ella, y a escucharla, supe que Teresa era una luchadora. Había sido ama de casa toda la vida y adoraba a su marido, que, me explicó, había sido un gran abogado. La hija pequeña era traductora y la mayor trabajaba en una inmobiliaria. Esta había sido madre cinco años atrás, pero su hijo tuvo problemas desde el mismo embarazo y nació con una cardiopatía congénita grave. Nada más nacer, el pequeño fue intubado e ingresado en una unidad de neonatología. Las unidades de neonatología se parecen mucho a nuestras unidades de reanimación, pero con pacientes críticos que a veces pesan menos de un kilo. El niño tuvo un ingreso largo y múltiples cirugías cardiacas. Llegó a estar en lista de espera de trasplante. Pero ese corazón no llegó a tiempo y el pequeño, finalmente, falleció.

Así que esta familia había tenido una muy mala experiencia en las unidades de críticos, sabían bien lo de dos pasos para delante y uno para atrás. Y sabían que, por desgracia, a veces los pasos para atrás son los que ganan la partida.

Los anestesistas estamos acostumbrados al dinamismo del quirófano. Allí el paciente es tuyo durante unas horas cruciales, pero unas horas nada más, y no tienes demasiado trato con la familia. En la unidad de reanimación, en cambio, todo se ralentiza: pasas mucho tiempo encerrado con los mismos veinte pacientes y cada día informas a sus allegados de cualquier mínima evolución o retroceso de su estado. El contacto y el trato con las familias es intenso; muchas veces es inevitable cogerse cariño.

Se trata de una rotación que, por lo general, a los anestesistas nos estresa o, más bien, nos impresiona, precisamente por esa cercanía a la que no estamos acostumbrados. Como residente, me impliqué mucho a mi paso por allí, y llegué incluso a dudar si intentar quedarme en esa unidad cuando fuera adjunto. Más adelante, la anestesia pediátrica y los niños se cruzaron en mi camino y ya sabéis cómo acabó la historia. Pero la reanimación me

gustaba, me gustaba mucho. Aunque también viví el lado amargo.

Visto con perspectiva, puedo decir que seguramente empaticé más de la cuenta con Teresa y sus dos hijas. Era mi primer caso en la unidad de reanimación y ellas me daban los datos de la vida de Ricardo que no podía obtener de otro modo. También me hablaban, claro, de sus vidas, que no habían sido nada fáciles, y yo no podía evitar ponerme en su piel. El lado bueno era que se sintieron muy bien atendidas, y se alegraban al enterarse de que me tocaba a mí la guardia y que yo me ocuparía de Ricardo. Yo trataba de explicarles que era el último residente en llegar a la unidad y que todo el mundo que estaba en la reanimación tenía más experiencia que yo, pero, ya lo dije antes, en las situaciones críticas muchas familias necesitan idealizar a los médicos, vernos como héroes. Ellos pensaban que yo sabía de todo y que nadie cuidaba a su familiar mejor que yo. Por supuesto, no era así, yo le ponía mucha voluntad, pero en esos primeros meses, básicamente, hacía lo que me indicaban mis compañeros. Aun así, mi cara era la que más veía esa familia, y ellos querían creer que nadie cuidaba a Ricardo como yo.

Tras un par de semanas con él, Ricardo dio signos de mejora y yo me atreví a ser más optimista de cara a la familia. Durante el ingreso, Ricardo estuvo intubado y muy sedado, para evitar sufrimientos innecesarios mientras su cuerpo se curaba. Pronto estuvo mucho mejor, y le dije a Teresa que esa misma mañana era muy posible que empezáramos a despertarle; le habíamos retirado la sedación y cada vez estaba más consciente.

Habíamos conseguido resolver todas las complicaciones que habían ido surgiendo: hubo un problema respiratorio grave —un distrés— parecido al que tienen ahora los pacientes por covid-19 y pudimos tratarlo con una ventilación adecuada y corticoides; hubo un problema de sangrado durante una de las guardias y pudimos resolverlo con una transfusión de urgencia; hubo una infección bacteriana y pudimos tratarla con antibióticos. Cuando solucionábamos algo, otra cosa empeoraba. Dos pasos adelante y uno atrás. Eso es lo que yo trataba de transmitirles. Esa mañana se pusieron muy contentas por los avances. Pude ver que, durante la

visita, aunque el paciente seguía sedado, Teresa y las hijas le hablaban sin parar, animándole.

Acabó la visita y yo me quedé de guardia. De madrugada, mis compañeros de enfermería me comunicaron que a Ricardo se le había salido la sonda nasogástrica. Se trata de una sonda que, a través de la nariz, pasa por el esófago y llega al estómago, y sirve para meter medicación oral, dar alimento y, llegado el caso, incluso hacer lavados de estómago. Es un instrumento muy útil en las unidades de reanimación. En el caso de Ricardo, estábamos empleando la sonda para alimentarle. Todavía estaba muy dormido como para comer, y no queríamos que toda la alimentación fuera a través de la medicación intravenosa. La sonda nos permitía administrarle nutrición enteral, una papilla con una pinta poco apetitosa, pero que nos servía para nutrir al paciente y para ir reactivando de nuevo sus intestinos, que llevaban mucho tiempo parados.

Por suerte, poner una sonda nasogástrica es una técnica relativamente sencilla, y más con un paciente sedado. El médico adjunto indicó al personal de enfermería que se la colocaran de nuevo. Nunca pensé que una sonda, algo tan aparentemente sencillo, podría causar tantas complicaciones.

Al cabo de unos treinta minutos, los compañeros de enfermería nos comunicaron que ya habían colocado la sonda y que parecía estar en su sitio.[2] Nos dijeron que habían comprobado que estaba en el estómago, auscultando la entrada de aire con una jeringa, pero que no salía contenido gástrico a través de la sonda. El médico adjunto dijo que prefería esperar a ver la radiografía antes de volver a alimentarle por la sonda. Para que comprendáis el porqué de tanta precaución, os contaré que una sonda se coloca prácticamente a ciegas: se mete por la nariz un tubito, y se progresa con intención de que vaya al esófago y luego al estómago. En su parte final, la nariz y la boca comunican con la faringe, y esta cavidad se comunica con dos agujeros. Uno es el esófago y otro es la tráquea. Con las sondas puede pasar como cuando nos atragantamos y la comida se va «para el otro lado». La sonda puede atravesar las cuerdas vocales e introducirse en la tráquea y los

bronquios. Por eso preferimos extremar las precauciones.

Poco después de que nos confirmaran que la sonda estaba colocada, la guardia se complicó de forma dramática. Llegó un ingreso de un accidente de tráfico y varios pacientes empeoraron gravemente. De pronto había mucho estrés en la unidad, quizá también un poco de confusión. Todo eso pudo ayudar a que, aunque los médicos no habíamos dado luz verde, se le empezara a administrar a Ricardo la nutrición por la sonda.

Cuando la guardia se tranquilizó, pude mirar la radiografía y ahí vi que la sonda había ido a parar al pulmón, y no al estómago, como creíamos. Le enseñé la radiografía al adjunto:

—Javier, ven a ver un momento. Juraría que esa sonda no está en el estómago. Parece que está en el bronquio derecho, ¿no?

—Pues sí, a ver... No está en su sitio. No pasa nada, que la enfermera la saque y vuelva a colocar otra. Han traído unas sondas nuevas que se van al pulmón con más facilidad.

—Menos mal que no hemos empezado la nutrición...

—Pues sí.

Cuando llegué a la cama de Ricardo para informar a la enfermera, vi horrorizado como los nutrientes fluían por la sonda: estábamos vertiendo comida en sus pulmones, unos pulmones que ya estaban muy frágiles, lo cual muy posiblemente le causaría una nueva infección, un nuevo distrés respiratorio, muchos pasos para atrás de golpe... Me quedé estupefacto frente a los monitores.

—Pero ¿por qué se ha empezado la nutrición? —pregunté a la enfermera.

—La compañera me dijo que había comprobado la sonda nasogástrica.

—Lo sé, pero dijimos que no se administrara nada hasta que no se hiciera la radiografía...

—No sé qué ha pasado, David. Ha habido muchos ingresos por la tarde, las enfermeras estábamos justas, la nutrición estaba colgada del palo de suero sin administrar. Por alguna confusión, alguien empezó a administrar la nutrición...

Inmediatamente la suspendimos y aspiramos todo lo que nos fue posible. Pero la radiografía que pedimos a continuación

mostraba que el pulmón ya había empeorado de forma dramática. El estado general del paciente se agravó durante la noche. La posibilidad de suspender la sedación quedó cancelada. No me lo podía creer. Un fallo de comunicación entre el equipo iba a suponer la puntilla para el paciente. No podía parar de culparme. Quizá si hubiera aclarado más las indicaciones, si hubiéramos guardado la nutrición en otro sitio, si hubiera sacado un rato para pasarme por la cama de Ricardo, aunque los otros pacientes estuvieran peor...

Yo no era el único afectado. A la mañana siguiente, cuando dimos el pase de guardia y contamos lo sucedido, el equipo se quedó hecho polvo. Es tan frecuente que los sanitarios que han estado relacionados con un incidente así se queden afectados que existe un término médico para designarlos: son segundas víctimas. Todos sabemos que tenemos que convivir con la posibilidad del error, que la medicina es humana, pero aun así cuesta aceptarlo cuando pasa. Cada vez se trabaja más para intentar cerrar los bucles y evitar los puntos ciegos en la transmisión de la información. Cuando le contamos algo al compañero del siguiente turno, debe repetirlo para comprobar que lo ha entendido todo antes de ejecutarlo. Pero ningún equipo humano es infalible.

Normalmente, después de dar el pase de guardia, nos vamos a casa a descansar porque venimos de trabajar veinticuatro horas. Sin embargo, ese día preferí quedarme hasta la una de la tarde, que es la hora en la que se informa a las familias. Me quedé en la unidad, con la cabeza a mil por hora, y aun así sin encontrar las palabras con las que contarle a Teresa y a sus hijas lo que había pasado.

Ellas llegaron muy ilusionadas. El día anterior habían encontrado bien a Ricardo y ahora confiaban en verlo al fin despierto. No hizo falta que yo empezara a hablar, solo con ver mi cara ya dedujeron que algo no iba bien.

—Doctor, no esperábamos verlo hoy, usted tendría que estar descansando a estas horas. ¿Qué ha pasado? ¿Por qué está aquí? —me dijo Teresa.

Les conté la verdad de lo que había pasado: un fallo de

comunicación, un error del equipo que podría complicar gravemente el pronóstico y la vida del paciente. Mientras les hablaba, me asaltaron unas ganas tremendas de llorar, pero sabía que no era justo, profesional ni ético hundirme ante sus ojos, cuando eran ellas las que se estaban llevando la peor parte. Es muy difícil informar a una familia destrozada cuando tú mismo estás destrozado.

Ellas al principio se enfadaron, sobre todo las hijas. Era normal y yo tenía que asumirlo. Luego Teresa puso templanza y rápido todo se encarriló. Aceptaron mis disculpas y fueron comprensivas con la situación. Eran conscientes de la importancia de que fuéramos todos a una. Yo les prometí que no habría más errores.

Por desgracia, el paciente no mejoró. Todos los médicos de la unidad nos dejamos la piel para intentar que saliera adelante. En las reuniones de las unidades de reanimación y en los pases de guardia, cuando el paciente está en estado crítico y consideramos que no va a salir, se valora hacer una limitación del esfuerzo terapéutico, es decir, considerar hasta qué punto tiene sentido seguir luchando si no hay posibilidades de que se recupere, aunque lo mantengamos con vida. Son reuniones muy difíciles en las que se vota si continuar o no con las medidas invasivas que lo mantienen con vida.

En el caso de Ricardo, hubo casi unanimidad en que había que detener los esfuerzos. Pero hay una norma no escrita en la unidad: si dos médicos adjuntos piensan que hay que seguir, se hace. Y así fue: dos miembros del equipo votaron seguir intentándolo. Poco después, nos asaltó la duda de si no estábamos ante un caso de encarnizamiento terapéutico, es decir, cuando nos empeñamos en algo que ya evidentemente no tiene ninguna posibilidad de llegar a buen puerto. ¿Cómo saber cuándo parar? ¿Qué posibilidades hay de salvar la vida del paciente? Y si llegamos a salvarle, ¿a costa de qué? ¿Dejándole unas secuelas gravísimas?

Son decisiones muy complicadas. Los límites son difusos y a veces llegas a considerar al paciente casi como de tu familia, darías

lo que fuera porque sobreviviera, casi te obsesionas con salvarle la vida. Y todo eso sería muy noble si no fuera porque, en realidad, a veces los mantenemos con métodos invasivos, que les provocan sufrimiento a ellos y a las familias, que inevitablemente se hacen ilusiones. Ese era el caso de Ricardo. La realidad nos había doblado la mano.

Tuvimos una nueva reunión en la que valoramos al paciente de forma global: las complicaciones del pulmón, del corazón, de los intestinos hacían que no pudiera seguir con vida, salvo por los fármacos que le administrábamos. A la familia le dijimos la verdad: que ahora estábamos dando dos pasos para atrás por solo uno hacia delante y que veíamos imposible que sobreviviera.

—Teresa, lo hemos intentado todo, todo. Pero sus complicaciones no son compatibles con la vida ni con el Ricardo que habéis conocido.

—Lo sé, doctor. Y sé también que ya era demasiado, nosotras también pensamos que lo mejor es dejarle por fin descansar —me dijo con una entereza que me dejó roto.

Una vez que hacemos la limitación terapéutica, intentamos llevar al paciente a una habitación aislada para que los allegados puedan tener algo de intimidad con él, despedirse y acompañarle en el momento de su muerte. Ricardo murió a las pocas horas de retirar los fármacos. A su alrededor estaba su familia.

Yo me sigo acordando de él a menudo. También de su mujer, de sus hijas, de la culpa y del último abrazo que nos dimos cuando todo acabó. Y me sigo acordando de que nunca llegué a hablar con Ricardo.

11

Un *exitus*

Imagina a los veinte pacientes más graves de un hospital.

Una cirugía abdominal en la que se ha resecado una gran parte del intestino, una neurocirugía en la que se ha extirpado una parte del cerebro, una cirugía de traumatología en la que se ha amputado un miembro y se ha puesto una prótesis, una cirugía maxilofacial en la que se ha extirpado un gran tumor de la boca y después se ha reconstruido la cara, etc.

Esas veinte personas coincidirían en la unidad de reanimación de un hospital. Un lugar donde la excepción es la norma, y las complicaciones y la adrenalina, el pan nuestro de cada día. Allí la mayoría de los pacientes sale adelante, pero la muerte no es precisamente una extraña.

Yo trabajé en la unidad de reanimación, sobre todo, cuando estuve rotando como parte de mi formación como anestesista. Para que todo funcione a la perfección, suelen hacerse varios pases de guardia a lo largo del día: en el primero, a las 8:30, los médicos salientes te cuentan cómo han pasado la noche los pacientes, qué incidencias ha habido y qué medidas se han tomado para solucionarlas.

A las 13:00 se hace otro pase para contarles a los médicos que se van a quedar de guardia al día siguiente lo que se ha hecho de 9:00 a 13:00. La forma de trabajar es esa: por la mañana, como está toda la plantilla de reanimación en el hospital, se trata de progresar con los pacientes, establecer estrategias y administrar tratamientos; por la tarde y por la noche, como solo hay un médico y un residente, se mantienen las pautas marcadas por la mañana y

se busca que los pacientes resistan lo mejor posible. Por eso es muy importante la comunicación entre turnos.

El pase de guardia implica cierta tensión, pero también por eso se aprende mucho: los pases de guardia los suelen dar los residentes, que son los médicos en formación. Durante esos pases, los médicos adjuntos te hacen muchas preguntas y tienes que saber responderlas, a menudo después de no haber dormido nada durante toda la noche.

Y en eso estábamos, en el pase de guardia de las 13:00, cuando un compañero anestesista entró y nos interrumpió para decirnos que tenía un ingreso urgente para la unidad de reanimación. Los ingresos allí pueden ser programados por una cirugía muy importante —que sabemos de antemano que va a requerir cuidados críticos—, por urgencias que llegan de fuera o por cirugías que se complican sobre la marcha. Este pertenecía al último grupo.

Se trataba de un paciente muy mayor que había ingresado por una fractura de cadera. Cuando le estaban operando, sufrió un tromboembolismo pulmonar. Eso significa que su corazón dejó de funcionar debido a que un trombo bloqueó la salida de la arteria pulmonar. El tromboembolismo pulmonar suele ser fatal, pero en este caso el anestesista actuó rápido y de forma eficaz. El paciente aguantó el primer envite, pero cuando lo trasladaron a la unidad estaba en una situación crítica.

Cuando entras al hospital, los anestesistas más veteranos te explican que para las familias es mejor que el paciente muera en una unidad de críticos que en quirófano. El que muera en quirófano deja la sensación a la familia de que ha muerto solo. Y esto hace que el duelo sea mucho más duro. Este hecho lo tenemos muy en mente en quirófano cuando surge una complicación como esta.

Aun así, con estos pacientes mayores y tan graves lo intentamos todo en los primeros días, aunque sea a la desesperada, porque sabemos que ese binomio de fractura de cadera con tromboembolismo pulmonar tiene un pronóstico muy malo.

Cuando mis compañeros salieron a informar, vieron que el

paciente había venido acompañado por una familia numerosa que desde el principio se había comportado de forma bastante agresiva. El personal trató de explicar la situación en la que estaba el paciente.

—Doctor, mi tío no ha entrado a quirófano como para morirse. No entiendo que ahora esté tan grave como usted me está diciendo —contestó un miembro de la familia.

—¡Ustedes nos lo han matado! —decía otro.

Ante situaciones como esta solo queda ser lo más empático posible, explicarlo todo e intentar ganarse un poco a los allegados.

Sin embargo, esta vez la familia no estaba muy por la labor de colaborar con nosotros:

—Yo he dormido a la sombra y no me importa volver a dormir. Como le pase algo a mi padre, os mato —dijo el hijo.

El ambiente era muy tenso, tanto que los médicos tuvieron miedo de las represalias, pero no podían dejar de hacer su trabajo y transmitirles las noticias tal y como eran: que las siguientes horas eran muy cruciales y que el paciente tenía muy pocas posibilidades de sobrevivir.

El paciente aguantó durante las primeras horas y acabó ingresando en reanimación en las camas que estaban a mi cargo, así que pasé a ser yo el médico que los iba a ir informando día a día. Yo trataba de explicárselo todo en un lenguaje claro, alejado de tecnicismos médicos, y no nos entendimos mal, aunque el parte que les pasaba no era nada prometedor. Conmigo nunca tuvieron una mala palabra y siempre fueron educados.

—Hoy Evaristo sigue muy justo. Sigue necesitando el respirador y tiene muchas drogas para mantener su tensión arterial. No les puedo dar buenas noticias.

—¿Al menos están haciendo todo lo posible? —me preguntaba la familia.

—De eso no tengan ninguna duda.

—¿Y él está sufriendo?

—Les aseguro que tampoco, le mantenemos muy sedado para que no sufra.

Después de tres días ingresado, y sin que pudiéramos hacer

nada más por él, el paciente falleció. De nuevo, el miedo se apoderó del personal. Nadie quería ir a informar. Al final yo me ofrecí; también Rafael, un compañero que tiene la particularidad de que, además de médico, es licenciado en Literatura, y es la persona más leída que conozco. Yo siempre le he envidiado por la manera en que domina el lenguaje.

Sin embargo, de entrada, cometimos el error de dejar que estuviera toda la familia junta, en lugar de hablar primero con los más allegados. Digo el error porque es muy complicado informar de algo tan difícil a veinte personas a la vez. Con tanta gente metida en un espacio pequeño no es sencillo escucharse, poder hacer preguntas y responderlas bien y, en definitiva, tratarse con tacto. Ellos eran unas veinte personas, nosotros, dos. Rafael y yo nos sentamos a un lado de la mesa que tenía la pequeña consulta. Al otro lado se sentaron la esposa del fallecido, una mujer mayor a la que apenas oímos hablar en todo el ingreso, y su hijo, el hombre de los tatuajes y la mirada desafiante. El resto de la familia estaba detrás de ellos, muy juntos. Apenas cabían.

Rafael llevó la voz cantante y les explicó lo que había pasado, pero con un tono no particularmente próximo:

—El paciente ha tenido un tromboembolismo pulmonar grave durante la cirugía y hemos tenido que intubarlo. Después ha pasado a tener ventilación invasiva, ahí hemos intentado progresar respiratoriamente de ventilación invasiva a no invasiva, pero no ha sido posible. Posteriormente el paciente ha empeorado hemodinámicamente. El empeoramiento le ha llevado a un *cor pulmonale* y ese *cor pulmonale* se ha ido agravando paulatinamente —por sus caras podía ver que no estaban entendiendo nada de aquello—, hasta que, al final..., el paciente... fue un *exitus.*

Al oír la palabra *exitus,* la expresión concentrada que tenían se transformó en repentina alegría:

—Ay, ¡qué bien, doctor!

—¡Que al final ha ido todo bien, que ha sido un éxito! —gritaban mientras se abrazaban.

Rafael y yo nos quedamos pálidos. Él rápidamente se dio cuenta de que había metido la pata.

—Bueno —intervine—, mi compañero quería decir que ha sufrido un *exitus,* es decir, y lamento que no se lo hayamos explicado bien, que el paciente ha fallecido.

Según terminé la frase, al menos dos se desmayaron, otros cuatro se pusieron muy agresivos, el sobrino directamente se lio a cabezazos contra el suelo y se hizo una brecha, después se levantó y con la cara ensangrentada se dirigió a nosotros:

—Yo os mato, os mato. Han matado a mi tío y os voy a hacer lo mismo.

Intentamos calmarlos como pudimos y salimos de la sala cuanto antes. Nunca como esa vez he sido consciente de la importancia de pararse un momento, antes de empezar a hablar con los familiares o con un paciente, y elegir cuidadosamente las palabras que se van a utilizar. Los términos que había elegido Rafael eran irreprochables desde el punto de vista médico, pero totalmente ineficaces en el plano humano, ya que nadie que no se hubiera sacado una licenciatura en Medicina podía comprenderlas. Desde luego, no eran las que aquella gente necesitaba para acompañar su dolor.

Por norma, una vez que el paciente ha fallecido, permitimos a los allegados entrar a la unidad de reanimación para que se despidan del familiar antes de que lo trasladen a la morgue. Siempre se pone un biombo para intentar darles algo de intimidad y, si es posible, se les intenta dejar en una habitación aislados. Así, fueron pasando todos a darle al fallecido el último adiós. Cuando le llegó al turno al sobrino que se había dado de cabezazos contra el suelo, después de despedirse de su tío, vino a hablar conmigo y con mi compañero. Nosotros estábamos todavía un poco asustados. Hacía unos minutos nos había amenazado de muerte.

—Doctores, que... de verdad no se preocupen, si nosotros sabíamos que estaba muy malito. Usted —dijo mirándome— nos lo lleva diciendo muchos días, y nosotros sabíamos que se iba a morir. No se preocupen, que sabemos que han hecho todo lo que han podido y aquí no va a pasar nada.

Rafael y yo nos quedamos alucinados:

—Pero ¿cómo que no nos preocupemos? Si ahí fuera nos

habéis amenazado de muerte y os habéis liado a dar golpes y...

—Bueno, doctor, no exagere. Eso son cosas que se hacen porque hay que hacerlas. Si no hago eso, mi familia va a pensar que me da igual que se haya muerto el viejo. Y no me da igual, pero que de verdad que sabíamos que se iba a morir ya. Con nosotros está todo bien, han hecho ustedes todo lo posible por salvarle la vida.

No sabíamos qué hacer: si reírnos o si darle las gracias por dejarnos con vida.

La cosa no pasó de ser una anécdota divertida, aunque, por desgracia, las amenazas al personal sanitario son bastante comunes en los hospitales y en los centros de salud. Durante la pandemia, además de oír a los negacionistas difundir un montón de bulos sin base científica, hemos escuchado que los sanitarios estábamos comprados y que nos iban a juzgar. También nos han amenazado por recomendar la vacunación o, simplemente, por explicar la dramática situación que estábamos viviendo.

Es cierto que la pandemia del covid-19 ha servido para que una mayoría reconociera el papel que han desempeñado los sanitarios y mostrara su cariño y respeto por nosotros, pero, al mismo tiempo, en redes sociales muchos hemos sido acosados por gente que no creía en lo que estaba pasando. Por desgracia, en los hospitales también se da una situación similar y quizá esto sirva para poner el foco sobre el problema: a veces el personal sanitario trabaja con miedo y sufre amenazas de familiares y pacientes, cuando lo único que intentamos es cuidar a las personas.

12

Los trasplantes siempre empiezan mal (I)

Es difícil saber cómo terminará un trasplante. Lo seguro es que casi siempre empieza de la peor forma posible: con una muerte. Para poder trasplantar un órgano ha tenido que morir alguien que haya cedido sus órganos, alguien —casi siempre— joven y que ha fallecido en circunstancias inesperadas y traumáticas. Un intercambio: una vida que se va, pero que nos ayuda a salvar otras, gracias a la generosidad del paciente y de la familia.

Sin embargo, con esta primera historia voy a contaros una de las raras excepciones que se dan en nuestro país, es decir, uno de esos pocos trasplantes que no empiezan mal, porque el donante es una persona viva, un familiar.

Lo que sí empezó mal fue mi día en el hospital.

Aquel día, en consulta de anestesia, la auxiliar de enfermería me pasó la carpeta de rigor. En ella me informaba del nombre y número de historia del paciente, qué día se operaría y en qué quirófano. Para tener datos como sus antecedentes personales o saber qué cirugía se va a realizar, normalmente tengo que entrar en el ordenador. Aquella mañana el ordenador iba lento, y yo también, así que pasé al paciente a consulta mientras se encendía. En los papeles vi que se trataba de una cirugía plástica infantil y que debía hacerse al día siguiente. Entraron en mi consulta una madre y su hijo de unos seis o siete años. El peque tenía las orejas bastante despegadas y, en niños, esa es una de las cirugías plásticas más comunes, la otoplastia.

—Anda, ven aquí, siéntate. ¿Qué pasa, que te vamos a operar de las orejillas?

La madre se puso pálida.

—No, doctor. Le vamos a operar del frenillo de la lengua.

—Vaya..., lo... lo siento mucho.

—Bueno, aunque ahora que lo dice..., nos lo habíamos planteado, pero no sabíamos que lo cubría la Seguridad Social...

—Lo cubre, lo cubre... —contesté rápido y sin saber muy bien dónde meterme.

—Pues es bueno saberlo, vamos a pedir cita.

—De algo ha servido entonces mi error —le dije mientras sonreía con vergüenza.

Volví a disculparme y me juré a mí mismo ser más prudente en adelante.

La consulta había empezado mal y, antes de pasar al siguiente paciente, la nefróloga infantil vino a verme. Traía un caso muy particular: un niño de siete años con una insuficiencia renal terminal que estaba esperando un trasplante que no llegaba. Cansados, y muy preocupados por el estado de su hijo, los padres habían decidido que sería uno de ellos quien donaría el riñón. Como decía antes, los casos de donantes vivos son muy poco frecuentes en España porque nuestro sistema de trasplantes funciona muy bien.

La nefróloga me explicó la cuidada planificación que requería el caso. Al padre —que era el que parecía más compatible— le meteríamos en el quirófano del Hospital General del Marañón, mientras que el niño estaría en el Infantil, que está en un edificio aparte, a dos calles del otro. Allí le acompañaría su madre. Cuando al padre le hubieran extraído el riñón y los urólogos del General lo tuvieran todo listo, nos llamarían al Infantil para que yo metiera al niño en quirófano y empezara a dormirle. Así, cuando el órgano llegara, él estaría ya anestesiado y los urólogos preparados para ponerle el nuevo órgano. Era crucial que los equipos de ambos edificios funcionáramos como un reloj: cuanto menos tiempo pasara el órgano nuevo fuera de un cuerpo humano, mejor funcionaría después. Este tiempo en el que el órgano está fuera es lo que se llama el *tiempo de isquemia*. Una vez que el órgano se saca, se conserva en hielo, pero igualmente sufre daños porque no

le llega sangre con nutrientes y oxígeno. La única manera de minimizar ese deterioro es reducir la espera al máximo. Los equipos de adulto e infantil debíamos funcionar muy coordinados.

Para los anestesistas, los días de trasplante son siempre de mucho estrés: tenemos que meter al paciente en quirófano, dormirle —con lo delicado que es dormir a un niño al que no le funcionan los riñones— y, una vez dormido proceder en tiempo récord a: intubar, canalizar una vía venosa central (generalmente, la yugular), canalizar una arteria (generalmente, la radial), colocar un catéter epidural para el control del dolor... Son muchas actuaciones y tenemos muy poco tiempo hasta que llega el órgano.

Pensé que ese trasplante iba a ser frenético y que no envidiaba en nada al anestesista al que le tocara estar en el quirófano.

La nefróloga se fue de la consulta y pasaron el padre, la madre y el peque. Este enseguida se entretuvo con los juguetes que tenemos en la consulta, no se enteró de mucho, y creo que era mejor así. Los padres estaban claramente angustiados, sobre todo la madre, por el miedo a perder a las dos personas que más quería. El padre, el donante, trataba de estar tranquilo. Yo intenté aportar mi granito de arena en ese sentido: les conté todo el proceso y cuál sería el papel del anestesista pediátrico que les tocara. Ellos solo me hicieron una pregunta, que supuse que era la misma que le habían hecho al nefrólogo, al urólogo, y que se hacían a sí mismos cada día.

—Doctor, ¿esto puede salir mal? —dijo la madre.

—Sí, querríamos saber qué posibilidades hay de que el cuerpo de mi hijo rechace mi riñón o de que haya un problema de espacio —añadió el padre—. Mi riñón es de adulto, claro, y en cambio su cuerpo...

No me quedaba otra que decirles la verdad:

—No lo sabemos. Podemos tener mala suerte y que algo no vaya bien. Nosotros vamos a poner todos los medios y todo el empeño de nuestra parte, pero en situaciones tan delicadas como esta, siempre hay más de un factor que escapa a nuestro control.

—Eso quiere decir que...

—Existe la posibilidad de que el cuerpo del peque rechace el riñón y, en ese caso, usted lo habría perdido para nada. Sin embargo, no es la opción más probable. Por eso lo hacemos.

A pesar del miedo, tan comprensible, pude ver que tenían muy claro que querían dar el paso.

La casualidad quiso que fuera yo su anestesista el día de la operación. Mientras al padre le operaban en el General, mandé subir a la madre con el niño a la sala de preoperatorio. Cuando los compañeros me avisaron por teléfono de que ya estaban extrayendo el riñón, avisé al equipo quirúrgico de Infantil para meter al niño a quirófano. No quería ir justo de tiempo. Todavía había que pasarle el *checklist* con las preguntas de rigor antes de toda anestesia: si es alérgico a algo, si tiene alguna enfermedad previa, si lleva algo metálico, si se le mueve algún diente. También comprobamos si hay sangre reservada para la transfusión o si tenemos todo el material quirúrgico. Es una rutina muy metódica que llevan a cabo el cirujano, la enfermera y el anestesista de la intervención, y evita muchos errores.

Mientras hacíamos las preguntas, no dejaba de darme cuenta del estado de nerviosismo de la madre, así que, antes de entrar a quirófano, la llevé a un aparte:

—Tranquila, de verdad. Te prometo que te lo voy a cuidar.

—Este es, sin duda, el peor día de mi vida. El amor de mi vida, mi compañero de vida, está perdiendo un riñón dos calles más allá, y sé, claro que lo sé, que es una cirugía de riesgo. Y a la vez vais a meter en quirófano a lo más valioso que tengo, que es mi hijo, para ponerle ese riñón... Son todo incertidumbres. Pero confío mucho en vosotros, sois nuestros héroes.

Estando a punto de entrar, no tenía sentido volver a explicarle los riesgos y el proceso. Hay un momento en el que los pacientes intentan ponernos la vitola de héroes para descargarse mentalmente; yo sé que esa vitola no nos corresponde, pero para ellos todo es más llevadero si en el momento crítico no les quitas esa idea de la cabeza.

—La cirugía está muy protocolizada. Y vamos a tener los cinco sentidos puestos en esto. No es más que una opinión, pero

creo que va a salir bien —terminé por decirle.

En el equipo también había bastantes nervios. Un trasplante siempre pone a todo el mundo en tensión, pero el hecho de que el órgano procediera de un donante vivo lo hacía todo más delicado. Yo no tenía mucho trato con los urólogos que venían del General, pero lo cierto es que ayudaron a relajar el ambiente en quirófano poniendo su nota de humor. Cuando volvía de hablar con la madre, me presenté a uno de ellos y, no sé si por mi juventud o por la cara de circunstancias que traía, me dijo:

—¡Alegra esa cara, doctor! Los anestesistas sois gente medio dormida que cuidáis de alguien medio despierto —me dijo en tono de broma, aunque a mí no me hizo mucha gracia.

—Peor nos va a los urólogos —respondió otro—. Somos gente que te la mira con desprecio, te la toca con asco y te cobra como si te la hubiera chupado.

Reconozco que esta última broma sí me sacó una sonrisa y relajó un poco el ambiente.

Justo antes de pasar al niño, una enfermera me llamó:

—David, están aquí las chicas que ya vinieron el otro día.

Hacía unas semanas, habían venido unas estudiantes de Biotecnología para que les explicara cómo funcionaba el respirador. En esa ocasión no tuve tiempo para hablar con ellas, así que las cité para ese día con la promesa de explicárselo.

—No puede ser... Se me había olvidado por completo. Bueno, aún tengo unos minutos antes de pasarle a quirófano.

Se lo expliqué de la forma más sencilla que pude, sobre todo para acabar rápido y pasar al niño cuanto antes. Uno de los urólogos, que asistió a la escena, les preguntó:

—Oye, pero ¿vosotras de dónde sois?, ¿qué hacéis?

—Somos estudiantes de Ingeniería Biomédica —contestó una.

—Ah, pues yo también, sí, yo también soy ingeniero.

—¿Cómo que tú también eres ingeniero? ¿No eres urólogo?

—Bueno, sí, pero también soy ingeniero: ingeniero nabal, pero *nabal* con *b*. Diseño nabos.

De nuevo, todos nos reímos. El humor es una herramienta valiosa para controlar el estrés y, a mí, todas aquellas bromas me

ayudaron a relajarme en aquel momento tan crucial, justo antes de pasar al paciente.

Una vez, un familiar me dijo:

—Cuando me operaron de una rodilla, me durmieron solo de cintura para abajo. Y menudo cachondeo tenían en quirófano, risas, música, bromas de unos con otros...

—¿Y tú cómo te sentiste?

—Pues la verdad es que iba muy nervioso y ver a todo el mundo así me ayudó.

—Que haya buen ambiente es síntoma de que todo va bien. Te aseguro que si hubiera habido cualquier complicación, la música, las risas y las bromas habrían terminado de golpe.

No sé si la buena atmósfera que se creó tuvo algo que ver, pero pudimos dormir al niño con total normalidad; y yo tardé poco tiempo en realizar mi intervención.

Tampoco tuvimos problema alguno al colocarle el riñón. Entró perfectamente. Nada más conectarlo, pudimos comprobar que el niño empezaba a hacer pis a través de la sonda. Eso siempre son muy buenas noticias. Quiere decir que el riñón está funcionando ya prácticamente desde el intraoperatorio.

Sacamos al niño aún dormido y se lo llevamos a la madre. Estaba hecha un manojo de nervios.

—¿Cómo ha ido?

Da mucho gusto poder dar buenas noticias.

—Todo ha salido perfecto.

La cara se le iluminó de felicidad y me dio un abrazo.

—Vengo de ver a mi marido. Él también estaba bien. Bueno, un poco molesto, pero bien.

Casi un año después estaba en la consulta de anestesia y mi auxiliar me pasó la documentación de otro niño que se iba a operar de cirugía plástica. Estaba cambiado, más mayor, pero enseguida reconocí al peque del trasplante renal. Lo acompañaba su padre, que también me reconoció.

—Doctor, hemos vuelto.

—¿Qué tal ha evolucionado el trasplante? ¿Cómo ha ido todo?

—Mira, han pasado diez meses de aquello, y todavía me duele la espalda. Me cuesta moverme, estoy cansadísimo y este mamón a la semana ya no paraba quieto ni un segundo. Así que sí, estoy feliz.

Por su cara pude ver que su felicidad era completa y que en su caso se cumplía aquel dicho de que los padres harían cualquier cosa por sus hijos.

—¿Y qué os trae por aquí?

—Superado lo del trasplante, querríamos operarle las orejas. Tiene un poco de complejo.

Con lo que teníamos entre manos, la anterior vez que le tratamos no me había dado ni cuenta, pero esa tarde, al verle, sí reparé en que el niño tenía las orejas algo despegadas. Pero para ese entonces ya había aprendido la importancia de no hablar antes de tiempo.

Los trasplantes pueden tener un final feliz, como en el caso anterior, pero suelen comenzar mal. A veces, con mucha tensión y nervios, como hemos visto antes. Aunque la mayoría de las veces es mucho peor y empiezan de forma más dramática: con una muerte, y cuando el trasplante es de corazón, siempre ha habido una muerte antes. El trasplante cardiaco siempre siempre siempre empieza mal, porque quiere decir que un niño se ha muerto en algún lugar de España, y que probablemente ha tenido una muerte traumática: una asfixia, un accidente de tráfico... Algo que ha fundido su cerebro, pero que permite que su corazón siga funcionando lo suficiente como para que pueda salvar la vida a otro niño. Esa es la única parte positiva.

Cuando el Madrid no juega en el Bernabéu, me gusta reunirme con mis amigos a verlo. Nos solemos juntar varios en mi casa. La excusa es el fútbol, pero lo que queremos es vernos y pasar un rato juntos. Al final, esos encuentros suelen acabar en tomar unas copas y salir de casa hacia el centro de Madrid con ganas de pasarlo bien. Sí, mi grupo de amigos y yo tenemos más noches que el camión de la basura. Y nos encantan la fiesta y la música

electrónica.

Pero ese día habría poca fiesta para mí.

Cuando el partido estaba acabando, me llamó un miembro del equipo de anestesia cardiaca infantil. Él era del Barcelona, así que di por hecho que me quería vacilar sobre algo del partido. Pero no. Me dijo que esa noche le tocaba un trasplante cardiaco en un niño.

En ese momento yo estaba en plena formación para entrar a formar parte del equipo de anestesia cardiaca infantil. Ya era adjunto de anestesia infantil, pero quería pertenecer a ese grupo de cinco anestesistas que se dedicaban a hacer trasplantes cardiacos y a tratar a niños con las cardiopatías congénitas más complejas. Niños de toda España vienen a nuestro hospital a operarse: estar en ese equipo era mi sueño, y hacía unos meses se me habían abierto las puertas. Pero para conseguir entrar de forma definitiva, debía completar un periodo de formación, durante el cual estaría en quirófano con esos cinco anestesistas aprendiendo de ellos. Así que mi compañero me llamaba para avisarme del trasplante y ofrecerme que fuera a hacerlo con él.

El asunto me pilló en uno de esos raros días en los que había conseguido desconectar del todo del trabajo. El periodo de formación había sido duro porque es una tarea que no está remunerada y, sin embargo, uno tiene que estar al quite por si surge algo. Yo tenía claro que la anestesia cardiaca era mi mayor proyecto profesional, lo que más ilusión me hacía, pero era duro estar disponible todos los días cuando al mismo tiempo seguía con mi trabajo habitual en el hospital, en la privada, en redes, en la academia... Psicológicamente estaba agotado.

—Contad conmigo.

Sí, ya sé. Yo quería haberle dicho que no, pero el esfuerzo no se negocia. Es una de esas cosas que mi padre me intentó meter en la cabeza de pequeño. Y una de las frases que más había repetido un amigo durante el partido que estábamos viendo.

Dejé a mis amigos con la promesa de que dejarían mi casa recogida cuando acabaran. Podía haber esperado a terminar el partido, pero quería ir al hospital cuanto antes para estudiar a fondo el caso. El anestesista con el que iba a trabajar es uno de los

mejores que conozco, y un gran amigo, aunque no empezamos con el mejor pie posible. Él tiene fama de huraño, sobre todo con la gente que está en formación. Cuando algún residente nuevo me pregunta si es tan duro como dicen, siempre le respondo lo mismo:

—Eduardo Becerra es como el Dr. House, solo que con dos matices: sabe más de medicina que House y es todavía más borde que House.

No tardan en comprobar que no exagero. En los primeros días que pasa con un residente nuevo en quirófano, Becerra suele hacerle preguntas sobre anestesia, y si el residente no contesta bien, sencillamente le echa diciéndole que allí no pinta nada, que se vaya a estudiar hasta que tenga las respuestas. Es un tipo duro, pero es verdad que, con su desafío, consigue sacar lo mejor de cada profesional.

Eduardo siempre cuenta que, el primer día que estuve con él, llegó por la mañana a quirófano y se encontró a un tío con el pijama arremangado, luciendo bíceps y cargando la medicación. Ese era yo, aunque yo no lo recuerdo. Al parecer, le dije:

—Hola, soy David, residente de anestesia.

—Y yo soy Eduardo Becerra, tu adjunto.

—¡Anda! Tú eres Becerra, el que echa a la gente de quirófano. Si me vas a echar, échame ya, que hace muy buen día para ir al Retiro. ¡No me eches a las once, que me partes la mañana!

Eso se lo solté al tipo más duro del hospital. Él cuenta que me miró de arriba abajo y que no supo si matarme en ese momento o esperar a que no hubiera testigos. Debí despertarle algo de curiosidad y por eso decidió aguantarme el resto de la mañana. Años después, puedo decir que él ha sido sin duda la persona que más me ha enseñado, además de ser un gran amigo, a pesar de la diferencia de edad.

Para mí trabajar juntos sigue siendo un reto. En aquel momento, él ya era miembro del equipo de anestesia cardiaca del que yo sería parte cuando acabara mi formación, y quería sorprenderle, así que me preparé el caso para saberlo todo sobre el niño en cuestión.

Cuando llegué al hospital aquella noche, me encontré una

escena dramática. Me habían dicho que el corazón era para un niño de la UCI pediátrica, así que me fui para allá directamente. Pero, en lugar de un receptor..., había dos posibles receptores: dos niños ingresados que necesitaban con urgencia un trasplante cardiaco, y ambos con características similares.

Normalmente, cuando aparece un corazón, se intenta llevar con discreción, y más si hay dos pacientes a la espera. Se estudia la compatibilidad y se avisa directamente a la familia elegida. Pero la UCI es un espacio abierto, con muchas camas, y las familias que afrontan procesos similares, tan duros y con tanto tiempo dentro de esas cuatro paredes, a menudo acaban por intimar. Así que era difícil guardar un secreto de ese tipo.

Poco antes de empezar la operación aún no se había decidido a qué niño iría a parar el corazón. Les estaban haciendo pruebas mientras los padres de ambos estaban junto a ellos esperando en sus camas, que además eran contiguas. Durante las semanas de espera, habían salido a comer varias veces juntos, habían compartido momentos de miedo y de incertidumbre y, en definitiva, se habían hecho un poco amigos.

La situación me emocionó, pero decidí retirarme a estudiar porque tenía el doble de trabajo. Cuando paré para comprar un café en la máquina, pasé por la sala de espera de los familiares. Allí me encontré a los dos padres abrazados. Uno de ellos lloraba, lloraba y lloraba, el otro se reía y le abrazaba. Sorprendentemente, quien lloraba era el padre del receptor, y quien reía y le abrazaba era el del niño que no había sido elegido.

Este le daba la enhorabuena. Puedo imaginar el dolor y el miedo que le correrían por dentro. Y aun así era capaz de alegrarse por el otro. Supongo que las peores situaciones sacan lo mejor de nosotros... o, simplemente, este padre era una buena persona.

Una vez que tuvimos candidato, sin perder un instante fui a preparar el quirófano con mi amigo Becerra. El trasplante cardiaco es la cirugía infantil más delicada de todas las que hago como anestesista.

Antes de quitar el corazón tenemos que meter al niño en circulación extracorpórea. Consiste en introducir una manguerita

en las venas cavas superior e inferior, las dos grandes venas que devuelven la sangre al corazón. Además, metemos otra manguerita en la arteria aorta, la arteria que saca la sangre del corazón. Una vez hecho esto, toda la sangre del niño se aspira a través de las mangueritas de las venas cavas: esa sangre va a una máquina que la oxigenará y limpiará de dióxido de carbono y, después, la impulsará a través de la manguera que va a la arteria aorta. De esta forma, la máquina de circulación extracorpórea hace las funciones del corazón y de los pulmones, y eso nos permite quitar el corazón al paciente y colocarle otro.

De nuevo, los tiempos de isquemia son fundamentales, hay que intentar que el corazón nuevo pase el menor tiempo posible fuera de un cuerpo. El trasplante no deja de ser una cuenta atrás contra la muerte.

Una vez que colocamos el nuevo corazón, hay que coserlo a los grandes vasos del paciente: a las venas cavas, a la aorta, a la arteria y venas pulmonares... Eso significa que tenemos muchos posibles puntos de sangrado, lo que hace el proceso extraordinariamente delicado. En el caso de niños con cardiopatías congénitas, que llevan ya muchas cirugías a cuestas y que tienen fibrosis en la caja torácica, este proceso se hace aún más complejo.

Estas intervenciones pueden llegar a durar veinticuatro horas, pero en esta ocasión fue más breve porque todo salió estupendamente. El niño había salido de la UCI en un estado crítico y volvió con muy poca medicación. Al poco tiempo, lo pudimos extubar, le dimos el alta y actualmente hace vida normal.

Pero la mejor noticia fue que, pasadas unas semanas, el padre del niño pudo llamar al otro padre para darle, también, la enhorabuena. Pronto llegó un corazón para el otro paciente y también fue todo muy bien. Esta vez, el karma hizo su parte. Los trasplantes siempre empiezan mal, pero a veces acaban bien por partida doble.

13

Los trasplantes siempre empiezan mal (II)

Mi madre siempre ha sido una mujer sana, sin enfermedades de ningún tipo. Salvo que se considere una patología su fijación por la limpieza. Yo nunca acababa de entender dónde veía ella la suciedad en los restaurantes y hoteles a los que íbamos, pero a menudo se quejaba: «Estos son unos guarros», o «estos menos mal que son limpios».

Estaba yo en tercero de Medicina cuando mi madre decidió cambiar de dentista. Al que íbamos desde pequeños estaba muy lejos de casa y era un poco trastorno ir hasta allí, así que decidió cambiarse a uno del barrio. El primer día volvió muy enfadada:

—Ni muerta os llevo ahí a ti y a tu hermana.

—Pero ¿qué ha pasado, mamá?

—He cancelado vuestra cita de mañana. Son unos guarros. Todo el instrumental estaba sucísimo.

—Pero el nuestro está muy lejos. Ya me había hecho a la idea de ir a este, que se tardan tres minutos.

—Ya me habéis oído: ni hablar. Me estoy planteando si denunciarle.

Yo tenía la sensación de que mi madre exageraba. Así que intenté convencerla un rato más, pero acabé desistiendo.

Tres o cuatro meses después, mi madre tenía el hígado hecho papilla. Hepatitis B y hepatitis delta. Dos virus que no le habían salido en ninguna analítica previa (tenía serologías hechas antes); la conclusión de los médicos fue que eran de contagio reciente.

Nunca supimos a ciencia cierta de dónde vino, pero para mi madre el origen estuvo claro y lo más probable es que tuviera

razón. El primer diagnóstico no le dio más de un año de vida. Fue un *shock* para todos. Yo no daba crédito: mi madre, una mujer sana, vital, de pronto veía como su vida se acababa casi de golpe.

Ella pasó unos meses muy malos. Además, sentía pánico por la posibilidad de habérnoslo pegado a mi padre, a mí o a mis hermanas. Estaba hundida. Nunca la había visto así. Solo empezó a mejorar cuando los tres hermanos y mi padre nos hicimos las pruebas y salió que ninguno teníamos ni rastro de los dos virus. Ahí ella resurgió: volvió a trabajar, empezó a mejorar y vimos a otros digestivos que dieron un pronóstico ligeramente más optimista.

Mi madre se fue recuperando e hizo vida normal hasta las Navidades de 2019, cuando tuvo un ingreso por una descompensación de su hígado. Habían pasado diez años desde el diagnóstico inicial, lo cual para todos nosotros había sido como un regalo. Pero desde ese ingreso, su situación empeoró mucho. Tuvo que ir al hospital cada muy poco tiempo. Y, estando tan delicada, llegó la pandemia, que hizo mucha mella en su estado de ánimo.

Los demás vivíamos con mucho miedo a que se pudiera contagiar, lo que habría sido fatal, así que mi padre en casa y los demás en la distancia intentamos protegerla cuanto pudimos. Ni siquiera después del confinamiento estricto nos atrevíamos a tener contacto con ella. Eso suponía también que no podía conocer a su nieta, que acababa de nacer en mayo de 2020. Entre la pena y la enfermedad, su estado siguió deteriorándose muy rápido.

Estábamos en la lista de espera de trasplantes, pero el hígado que necesitábamos no llegaba. Un viernes, la acompañé a sus consultas en mi hospital y un compañero de digestivo me dijo que era probable que el hígado llegara pronto. Ella ya llevaba un año esperando, así que supuse que se refería a unos meses más o, incluso, que tal vez lo decía por consolarme y hacerme la situación más llevadera; el caso es que no le di mucha importancia a sus palabras.

Uno de esos sábados quedé con mis amigos del gimnasio para cenar. No encontramos terraza en ningún restaurante de los que conocíamos, así que tenía que ser en interior. En ese momento, las

restricciones ordenaban que en un lugar cerrado el máximo por mesa era de cuatro personas. Adri, otro amigo gallego, quiso apuntarse en el último momento. Insistimos por si podían pasarnos a terraza, que ahí podíamos ser seis, pero fue imposible. Adri dijo: «Yo voy a hacer brazo por si acaso». Todos sabemos que el día que quedamos para ir por ahí, en el gimnasio se hace brazo para salir más marcado. Los otros se rieron un poco de él, por su exceso de fe. Pero me acuerdo de que le dije a Armando, mi mejor amigo: «Este gallego trama algo, que son medio brujos estos». A la salida del gimnasio, nos despedimos y Adri nos dijo: «Luego os veo».

Miedo me dio escucharle.

Yo llegué a casa, me duché, me arreglé y, cuando me fui a peinar, el secador de pelo no funcionaba. Habíamos quedado en media hora y pensé que esa era la magia del gallego, que estaría conjurándose con las meigas para dejarme a mí en casa. No se lo iba a poner tan fácil, así que llamé a Armando, que vive en el piso de arriba:

—Bájate el secador, que Adri me quiere dejar en casa y me está poniendo trabas.

Armando me lo trajo, terminé de arreglarme y pedimos un Uber. Cuando estábamos ya saliendo me sonó el móvil. Mi padre. Él casi nunca me llama, suele mandarme wasaps porque sabe que siempre estoy con trabajo, así que me preocupé. Antes de subir al Uber, le pedí a Armando que esperara un momento. Mi padre estaba muy nervioso.

—David, han llamado a mamá. Hay un hígado para ella, la trasplantan hoy.

Me quedé blanco.

—Súbete solo al Uber, Arman, yo me quedo aquí.

—Pero ¿seguro? ¿Pasa algo? ¿Me quedo contigo?

—Hay un hígado para mi madre. Al final voy a tener que darle las gracias al cabrón de Adri.

Acto seguido, llamé a mi madre y la intenté tranquilizar, aunque creo que estaba yo más nervioso que ella. Si algo bueno tiene mi madre es su constante optimismo: mientras que yo estaba muy asustado por todas las cosas que podían salir mal, ella solo

veía lo positivo y el hecho de que quizá estaba ante una nueva vida.

Luego no hice de hijo, sino más bien de médico y llamé corriendo al hospital. Pregunté quiénes iban a estar de anestesistas en la operación y llamé también para saber quiénes iban a ser los cirujanos; la verdad era que, si el gallego había hecho algún conjuro para que llegara el hígado y poder salir a cenar, lo había hecho en el mejor momento, porque el equipo era perfecto.

Con uno de los cirujanos yo había rotado cuando era estudiante, y aunque él no se acordaba, en su día me dio una lección... digamos que valiosa. Estábamos en una sala explorando a una señora que tenía un cáncer de recto. Ella estaba tumbada de lado y él me dijo:

—Hazle un tacto rectal para que puedas notar el tumor.

En ese momento, me dio mucha vergüenza y fui a meter el dedo casi sin mirar. Por equivocación, lo metí en la vagina. La mujer dio un grito del susto.

Rápidamente el cirujano me agarró la mano, me la sacó y la redirigió hacia el ano. Se me acercó y me dijo muy bajito:

—A ver si estudiamos un poquito menos y salimos un poquito más.

Ese iba a ser uno de los cirujanos de mi madre. Y además de ser alguien cercano y gracioso, era un cirujano maravilloso.

Enseguida fuimos al hospital y empezaron a hacerle las pruebas pertinentes a mi madre. Aunque sabíamos que había un órgano para ella, aún podían tener lugar varios contratiempos hasta que se lo pusieran: que en las analíticas se viera que mi madre estaba muy débil, que al sacar el hígado del donante vieran que no era válido... Aún había que esperar y hacer pruebas.

Afortunadamente, me permitieron acompañar a mi madre durante el proceso. Al principio creí que era un privilegio por ser compañero, pero luego me explicaron que, a pesar de la pandemia, en el trasplante permitían al menos que un acompañante estuviera con la paciente. Mi madre se mantuvo igual de positiva en todo momento. Yo no podía dejar de admirar su capacidad para ser feliz. Todo el mundo que la veía me decía lo bien que llevaba la

enfermedad. Yo tenía muy claro que sería injusto que quienes la rodeábamos le devolviéramos otra cosa que no fuera cariño y una sonrisa. Así que fue lo que traté de transmitirle en los tensos momentos que pasamos juntos.

Durante la pandemia, apenas habíamos podido vernos, de modo que aquellas tres o cuatro horas que estuvimos solos los dos, bueno, con un montón de médicos trabajando a nuestro alrededor, pero en realidad solos los dos, fueron muy importantes para mí. Ella tenía en mente que esa misma semana me habían hecho una entrevista en la radio que se emitía a la mañana siguiente, y no paraba de darle vueltas:

—No querría perdérmelo. Bueno, si es a la una, yo creo que lo voy a poder oír.

Yo no le dije nada, pero para mis adentros pensé que era imposible que la escuchara. La previsión era entrar a quirófano justo a media noche, iba a ser un milagro que estuviera despierta y repuesta para la una.

Mientras hablábamos de esto llegó la visita de una compañera médica:

—El hígado es válido y tú estás bien. Te vamos a trasplantar. Entras a quirófano a las doce.

—Ya lo sabía yo eso... Pues rapidito, que mañana a la una sale mi hijo en la radio —contestó mi madre.

La doctora sonrió mientras me miraba un poco desconcertada.

Un celador llegó a por ella a las doce de la noche para bajarla a quirófano. Según descendíamos en el ascensor, yo no sabía ni qué decir. Mi madre me miró y me dijo:

—Si es que yo vengo como si me fueran a quitar un lunar.

Una vez más, su optimismo me animaba más a mí que yo a ella.

Me dieron el privilegio de poder entrar con ella al quirófano. Fue una situación un poco rara. Siempre que han operado a un familiar mío, ya fuera a mi padre o a mis hermanas, siempre he sido yo quien los ha dormido. Soy un poco como esos futbolistas que dicen que están más nerviosos cuando están en el banquillo que jugando. Estoy más tranquilo tomando yo las decisiones con

mis compañeros que como mero observador, pero el trasplante hepático es una cirugía tan importante, y en la que yo tengo tan poca experiencia como anestesista, que sabía que, más que ayudar, estorbaría y pondría nervioso al equipo. Solo pedí estar con ella hasta que se durmiera y luego me saldría de quirófano. Pero ese último momento no se me iría de la cabeza en los días siguientes.

Estábamos los dos con la mascarilla puesta, claro, yo le tenía la mano cogida. Los compañeros empezaron a ponerle la medicación. Nosotros seguíamos hablando, bromeando.

—¿Y tienes más hijos además de David? —le preguntó la anestesista.

—Sí, tengo dos hijas más —respondió ella.

Yo vi que le estaba pasando el propofol, el fármaco que la dormiría. Sabía que solo me quedaban quince o veinte segundos para decirle algo antes de que perdiera la consciencia. Quise decirle «te quiero, mamá». Era lo que me salía. Pero en el hospital tengo fama de duro, de chulito, y en el quirófano había muchos compañeros que me conocían.

—Bueno, pero yo soy tu favorito, no mientas —le dije.

Fui tan idiota que no supe decirle que la quería, y en vez de eso hice una broma estúpida. Ella se rio un poco y acto seguido se durmió. Yo salí de quirófano con un nudo en el estómago. A lo mejor era la última vez que había hablado con mi madre y, en lugar de decirle lo que sentía, por mi orgullo y mi tontería, solo le había soltado aquella broma idiota.

Crucé la calle hasta el hospital de Infantil, porque allí es donde trabajo y me siento más en casa. Intenté pasar las horas en la habitación de guardia mientras esperaba. Calculaba que, para hacer el trasplante, serían unas ocho horas de cirugía, lo más sensato era dormir, pero si yo ya tengo insomnio una noche normal, en una como aquella fue imposible conciliar el sueño. Intenté leer, estudiar, ver una serie..., pero nada funcionaba. Cogí el móvil para contestar algunos mensajes de mi padre y mis hermanas, que también estaban en vela, y vi el mensaje de una amiga insomne. Le conté dónde estaba y estuvimos hablando un buen rato; es una chica divertida y optimista... A pesar de la

situación, me hizo mil bromas y me estuvo tomando el pelo. Y la verdad es que consiguió que desconectara por unos instantes.

A las tres y media de la mañana me llamaron. Los trasplantes hepáticos duran muchas más horas, así que aquello solo podían ser malas noticias.

—David, vente para acá, que vamos a extubar a tu madre.

—Pero ¿qué ha ido mal? ¿Cómo extubar? ¿Hemos acabado ya?

—No, no. Nada mal. Todo ha ido tan bien que en tres horas y media lo hemos resuelto y la vamos a poder despertar.

Crucé la calle de vuelta corriendo y, cuando llegué a quirófano, mi madre todavía estaba muy dormida, pero ya respiraba por su cuenta. Los primeros parámetros indicaban que el hígado funcionaba muy bien. La llevamos a una unidad de reanimación en la que estaban de guardia dos compañeros que son amigos míos y me dejaron estar un rato con ella. A las cinco de la mañana abrió los ojos. Tardó muy poco en espabilarse.

—¿Cómo ha ido todo, hijo?

Yo tenía tanta angustia acumulada que solo me salió decirle una cosa:

—Te quiero.

—¿Qué?

—Que te quiero mucho, mamá, y no te lo he dicho lo suficiente.

—Y yo a ti. Pero ¿ha ido todo bien?

—Ufff... Sí, al final ha ido todo bien.

—No sé de qué te sorprendes, ya sabes que siempre va bien todo.

Pero yo he visto muchos trasplantes y sé la cantidad de complicaciones que pueden surgir en quirófano: que sangre el injerto, que la vía biliar se complique, la anastomosis de los vasos... Hay mil posibles problemas, pero me daba mucho gusto verla a ella tan tranquila, no del todo consciente del enorme reto que acababa de superar.

La dejé descansar unas horas, pero a las doce y media ya me estaban llamando mis compañeros de reanimación al móvil:

—David, no te asustes, está todo bien. Pero tu madre nos pide que vengas... Dice que tenéis que escuchar un programa de radio juntos.

—Sí, luego os cuento. Ahora mismo voy para allá.

Como ella había previsto, pudimos escuchar todo el programa juntos en su cuarto de reanimación.

A los pocos días le dieron el alta de reanimación y la subimos a la unidad de trasplante hepático. Allí detectaron un pequeño sangrado. Parecía que le bajaba la hemoglobina y que se anemizaba, así que decidimos hacerle un TAC. El radiólogo vino a hablar conmigo.

—El TAC revela que no hay nada sangrando.

—Menos mal —dije.

—Pero también hemos visto el pulmón. Y ahí hay algo que no me gusta nada.

—No me asustes. ¿Qué es?

—David, las imágenes que yo veo en el pulmón de tu madre ahora mismo son indistinguibles de una neumonía por covid-19.

Se me vino el mundo encima. Antes de hacer el trasplante, le habíamos hecho una PCR que dio negativa. Si se había contagiado, había sido en el hospital. Y yo sabía perfectamente que la mortalidad por covid-19 en pacientes trasplantados es del 25 por ciento, más que en ancianos o en cualquier otro grupo. Aun así, había que esperar porque los resultados que arrojan esas imágenes pueden deberse a causas distintas. Pero dado el contexto epidemiológico, había que descartar el covid-19 lo primero.

Eso sí, a mi madre se lo conté todo porque teníamos que aislarla. Su respuesta fue la de siempre:

—No les digas nada a tu padre y a tus hermanas, que se mueren si se enteran, ya se lo contaremos en algún momento.

Ella siempre intentando protegernos a todos.

Finalmente se aclaró que sus pulmones tenían mucho líquido debido a la situación en que estaban antes del trasplante. Todas las PCR que le hicimos dieron negativo. Y a los diez días estaba en casa feliz. O casi feliz. Porque hasta pasados entre tres y seis meses de un trasplante, uno no puede vacunarse. Después del trasplante,

el paciente recibe dosis altas de inmunosupresores para evitar que el órgano sea rechazado. Si vacunásemos a mi madre con dosis tan altas de estos fármacos, lo que podría suceder es que el sistema inmune no reaccionase ante la vacuna; y no fuera capaz de producir anticuerpos contra el covid-19. En otras palabras, con dosis altas de inmunosupresores, lo más probable es que la vacuna no funcione. Así que hay que esperar unos meses para bajar las dosis y plantearnos la vacuna.

Y vacunarse para mi madre significa muchas cosas, pero sobre todo poder darle un beso a su nieta.

Mientras escribo estas líneas ese plazo está, al fin, a punto de cumplirse.

14

El cerebro de Sandra

—Hola, David. Soy Raúl, el neurocirujano de tu hospital.

—Un neurocirujano llamándome a mi móvil personal y fuera de horario de trabajo... Estoy seguro de que son buenas noticias —le dije en tono de broma.

—Elemental, querido Watson. Eres tú el anestesista que estará con nosotros dentro de una semana en el Infantil, ¿no?

—No sé dónde estoy este fin de semana, ¡voy a saber dónde estoy dentro de siete días!

Una de las cosas que peor llevo en mi vida es la ansiedad anticipatoria. Agobiarme con todas las guardias, casos complejos o trabajos que tengo que hacer. Por eso desde hace tiempo me organizo semana a semana. Intento no mirar el *planning* con más antelación que esa. Una semana es el plazo que me doy para estudiar mis casos complejos. Tengo comprobado que, cuando empiezo antes, lo único que consigo es preocuparme y agobiarme. La ventaja de trabajar así, pues, es que evito la temida ansiedad. El inconveniente es que soy nulo para organizarme a largo plazo.

—En realidad me lo acaba de decir tu jefe: eres tú nuestro anestesista.

—Entonces, ¿para qué preguntas? —le dije en tono de broma.

—Me gusta ponerte las cosas difíciles —me dijo riendo—. Te llamo porque es un caso complicado. Necesitamos comunicación continua contigo durante todo el procedimiento. Te aviso: será una cirugía larga y difícil. Es un reto para todos.

—Cuéntamelo todo —le dije mientras notaba como la adrenalina invadía mi cuerpo.

Así fue como conocí a Sandra, una niña de dos años con una rara malformación en las arterias de su cabeza.

Todo el mundo lo sabe: el cerebro es nuestro órgano más importante. De una forma u otra controla la mayoría de las funciones del organismo. Para funcionar necesita mucha, mucha sangre. Vaya, el 25 por ciento de la sangre que sale del corazón va a parar allí. Podríamos pensar que no es tan grande como para consumir tantos recursos, pero a la hora de priorizar, el corazón lo tiene claro: al papa lo que es del papa y al cerebro lo que es del cerebro.

Sin embargo, toda esa sangre le llega por solo cuatro arterias: dos carótidas internas por la parte anterior y dos arterias vertebrales por la posterior. A su vez, estas cuatro arterias tienen conexiones entre ellas dentro del cerebro. Estas conexiones se conocen como *circulación colateral.*

Esto permite que, si a alguna de las arterias llega menos flujo o tiene algún problema, pueda recibir riego de las otras tres. Ahora bien, que ese «trasvase» funcione mejor o peor depende ya de múltiples factores: anatomía, presión arterial, edad, presencia de otras enfermedades... Por eso, mientras que en algunos pacientes la lesión de una arteria puede suponer pérdida de fuerza, de sensibilidad o hasta de habla, en otros apenas tendrá consecuencias. Esto es lo que hace que algunas personas se recuperen de un ictus con más facilidad que otras.

Las arterias del cerebro de Sandra tenían una tendencia natural a dilatarse y formar aneurismas. Un aneurisma es como si de la arteria surgieran distintas protuberancias con forma de globitos que hacen que esta pueda romperse en cualquier momento. Podéis imaginároslo: si una arteria se rompe, el paciente corre peligro.

Los especialistas que habían tratado a Sandra se habían planteado durante mucho tiempo si era conveniente hacerle una cirugía o no. Mediante controles frecuentes, se valoraba cómo iban avanzando estas lesiones. Poco a poco, los resultados fueron

disipando toda duda: las lesiones iban a más, sobre todo las asociadas a la arteria carótida derecha. Había que operar.

La operación consistía en hacer un *bypass,* es decir, puentear la arteria dilatada, separarla de la circulación. Para conseguirlo lo primero que había que hacer era ocluir momentáneamente la arteria dañada, quitar la parte enferma y después coser de nuevo las dos partes sanas. ¿Cerrar esta arteria podía causar daños irreversibles en el cerebro de Sandra? Sí, por eso había que vigilar muy de cerca la presión de perfusión cerebral, esto es, que la sangre llegara en la cantidad debida. Y esa sería una de mis labores como anestesista.

La presión de perfusión depende de la presión con la que sale la sangre de nuestro corazón —arterial— y de la presión que tenemos en el interior del cerebro —intracraneal—. La presión arterial intentará por todos los medios que la sangre llegue al cerebro; sin embargo, la intracraneal intentará lo contrario, así que tiene que haber siempre una diferencia positiva a favor de la arterial o de lo contrario puede producirse una isquemia que termina con la vida del paciente. No obstante, esa diferencia no puede ser muy alta, porque si la sangre entra con mucha presión al cerebro, puede producirse un sangrado. Como era esperable que durante la cirugía aumentara la presión intracraneal, nos veríamos forzados a rebajarla mediante fármacos, al tiempo que estimulábamos la arterial con otros. El equilibrio era muy fino y no mantenerlo podía ser fatal.

Cuando al fin me encontré con Sandra y con sus padres en la consulta, yo ya había estudiado su caso a fondo para poder explicarles el procedimiento con todo detalle. Había leído tantas veces su nombre, visto tantas imágenes de su cerebro y leído tantos informes sobre ella que casi sentía que la conocía. Pero nadie te prepara para ver a una niña de dos años que entra caminando torpemente en tu despacho, de la mano de sus padres, te mira con unos enormes ojos azules y te dedica una sonrisa. Esa sonrisa me encogió el corazón porque sé que es la sonrisa típica de los niños que llevan tanto tiempo de hospitales que le han perdido por completo el miedo a los médicos.

Salvo por esas visitas a distintos especialistas, Sandra hacía una vida normal. Es difícil que unos padres que cada tarde ven a su hija jugando tranquilamente con sus peluches asuman que la operación a la que se va a someter a la pequeña podría ser fatal. Pero mis compañeros cirujanos habían valorado el riesgo-beneficio y habían determinado con toda seguridad que aquella era la mejor vía a seguir.

Cuando estaba en mitad de mi explicación, el padre me interrumpió:

—Doctor, de verdad que le agradezco todas sus aclaraciones, pero nosotros lo tenemos todo claro. Nos ponemos en sus manos y confiamos en que todo va a ir bien —me dijo mientras sacaba un bolígrafo para firmar los consentimientos.

—Vamos a hacer todo lo posible para que así sea —le respondí con una sonrisa.

La cirugía fue muy complicada. Se alargó varias horas, durante las que conseguimos sortear muchos momentos críticos. Sin embargo, cuando salimos del quirófano, ya de madrugada, ningún miembro del equipo tenía particularmente buena cara. Nos costaba decirlo, pero no estábamos contentos. Habíamos hecho todo lo posible, pero sabíamos que el *bypass* no funcionaba como nos hubiera gustado. Esa era la mala noticia; la buena era que la niña parecía no necesitar esa arteria ni ese *bypass*. A pesar del escaso flujo que pasaba por allí, Sandra estaba perfecta. No había ni rastro de las temidas secuelas neurológicas. El cerebro de Sandra parecía funcionar bien así, contra todo pronóstico, probablemente gracias a la circulación colateral. Ese cuadro nos llevó a plantearnos que quizá el *bypass* no fuera necesario y que dejarlo funcionando a medio gas, en cambio, podía causar una trombosis.[1] Así que decidimos ocluir definitivamente la arteria carótida derecha. Era una decisión arriesgada porque suponía dejar el cerebro de Sandra funcionando con solo tres arterias. Pero, de nuevo, la valoración del riesgo-beneficio para la paciente nos había llevado a esa conclusión.

Cerrar esa arteria implicaba un proceso complejo: a través de su arteria femoral metimos distintos alambritos hasta llegar a la

arteria carótida derecha, donde los dejamos para obstruir la circulación de la sangre. Desde ese momento, toda la sangre del cerebro de Sandra fluiría únicamente por los otros tres conductos. La operación fue un éxito.

A los pocos días Sandra estaba en casa haciendo una vida normal. Nosotros éramos plenamente conscientes de que la solución encontrada era frágil y de que debíamos seguir realizando revisiones. En una de esas revisiones, vimos que en una de las arterias vertebrales estaban empezando a surgir aneurismas —aquellas protuberancias con forma de globo— que podían llegar a romper la arteria y provocar la muerte de la paciente.

Analizamos de nuevo el caso en sesión y decidimos cerrar esa arteria vertebral. Esta vez no era posible ni siquiera hacer un *bypass,* pero las pruebas de imagen nos decían que gracias a las arterias colaterales podríamos ocluir esa arteria sin secuelas. Por supuesto, de esto no teníamos ninguna certeza absoluta. De nuevo era una decisión arriesgada: de los tres vasos que quedaban llevando sangre al cerebro íbamos a cerrar otro. Sin embargo, teniendo en cuenta el estado en el que se encontraba la paciente, no hacer nada no era una opción.

Recuerdo el temor en los ojos de su madre.

—Toca cerrar otra arteria, David... Ya le van quedando menos —me dijo asustada.

—Calma, sé que es difícil, pero de nada sirve ponernos en lo peor. Vamos a ser positivos. Yo os doy mi palabra de que la vamos a cuidar muchísimo.

Ese tipo de frases suele tener cierto efecto tranquilizador en las familias, pero esta vez no fue así. Y, a la vista de lo que pasó, tenían razón en no dejarse tranquilizar.

En un primer momento, la arteria se pudo cerrar sin mayores incidencias. Al acabar la operación, trasladamos a la paciente a la unidad de reanimación, dormida e intubada. Allí nos dimos cuenta de que algo no iba bien. Sandra no respiraba por sí misma, no despertaba. Le hicimos un TAC, una nueva imagen para ver su cerebro. El resultado fue horroroso.

Sandra tenía un infarto tremendo en el tronco del encéfalo,

que es el punto de unión del cerebro con la médula y el encargado de controlar funciones como la respiración, la frecuencia cardiaca... Ese infarto era incompatible con la vida y las lesiones que acarreaba eran fatales para la niña, de modo que informamos a la familia. Por duro que fuera, lo más probable era que ese infarto acabara con el cerebro de Sandra. Lo único que la mantenía viva era nuestro respirador.

Dar una noticia como esa a unos padres es durísimo. Nadie te forma para algo así en la carrera de Medicina. Hay que medir cada palabra, cada gesto. Es una conversación que causará un daño enorme a esas personas. Pero quiero pensar que, si se hace bien, puede ayudar en el duelo.

Cuando terminé de hablar, la madre de Sandra me dijo:

—David, yo creo que mi hija va a salir de esta.

—Tenemos que esperar unos días, y ver cómo evoluciona el infarto.

Yo sabía que era un milagro que Sandra evolucionara a mejor, aunque es cierto que había casos descritos en los que eso había sucedido y que el cerebro a veces es una incógnita.

—David, hazme caso, va a salir. Es muy fuerte.

No sé si hay niños más fuertes que otros. Me pareció que en esas palabras no había ninguna certeza, que se trataba solo de una madre resistiéndose a despedirse de su hija. Sin embargo, mientras hablaba con ellos, pude ver que Sandra empezaba a mover una mano. El cerebro de aquella niña nos tenía reservadas muchas sorpresas: además de los aneurismas, tenía una tendencia a hacer colaterales, lo cual había permitido que su cuerpo siguiera funcionando con solo dos arterias y, también, que la sangre llegara a la zona del infarto. Esto último nos había dejado a todo el equipo asombrado. Era realmente difícil de explicar. En apenas veinticuatro horas, Sandra estaba extubada, hablando con su madre y comiéndose un gran plato de macarrones con tomate.

—Te dije que mi hija saldría.

—No sabes lo feliz que me hace que tuvieras razón. Realmente no nos explicamos la evolución tan buena que ha tenido.

—Ya te lo dije, David, es muy fuerte.

Honestamente, no encontré una explicación mejor que esa.

Dos años después, Sandra volvió al hospital. Esta vez se trataba de una reparación más estética que otra cosa. En las pasadas operaciones se había tocado parte del cráneo de la niña; ahora queríamos colocar una placa que lo reforzara. La idea era proteger el cerebro, pero sin tocarlo, interviniendo solo el hueso. Retocar el chasis, no el motor. Me gustó comprobar que la niña llevaba una vida normal y ver lo mucho que había crecido.

—¡Qué alegría veros! ¡Y sobre todo ver a la peque tan bien! —les dije en la sala en la que están los pacientes justo antes de entrar a quirófano.

—Pues, David, yo casi preferiría verte fuera del hospital tomando algo. Con todo lo que hemos pasado... La verdad es que estamos muy nerviosos. Este hospital nos trae muchos recuerdos... —me dijo el padre con voz temblorosa.

—Lo de hoy es más fácil que las otras veces.

—David, aquí no hay rival pequeño.

Y qué razón tenía.

La cirugía comenzó sin incidencias. Todo iba bien hasta que empezamos a notar que el cerebro de Sandra se hinchaba más de la cuenta. No estábamos trabajando sobre él, pero la manipulación externa estaba teniendo efectos inesperados. Rápidamente advertimos el edema y administramos diuréticos para controlarlo. Estos cumplieron su función y pudimos terminar la cirugía sin más complicaciones.

Trasladamos a Sandra a reanimación, donde se despertó con su madre al lado. Nosotros la veíamos bien, pero la madre no lo tenía claro.

—David, no veo bien a la niña.

—Pero... está despierta, sin dolor, sin náuseas, pidiendo comer... ¿Qué es lo que no va bien?

—No te lo sé explicar, pero no está normal. Algo pasa.

En el Hospital Infantil es muy importante escuchar a los padres. Ellos son los que mejor conocen a los niños, sobre todo a aquellos que tienen patologías crónicas, porque eso quiere decir

que los padres han pasado mucho tiempo con ellos en los hospitales. La madre insistía y pronto se empezó a hacer más evidente a qué se refería con lo de «algo pasa». Sandra hablaba con dificultad, se le trababa la lengua.

Inmediatamente nos dispusimos a hacer una exploración neurológica y una resonancia magnética. De camino a la resonancia, Sandra empezó con un extraño tic en la boca, se le movía de forma rítmica. Ya no había dudas, algo iba realmente mal.

La resonancia mostró un pequeño hematoma en la zona del cerebro que se encarga del lenguaje. Esto le provocaba a Sandra una afasia motora, es decir, incapacidad para emitir ciertas palabras. Además, el hematoma era el responsable de esos tics en la cara, que no eran otra cosa que pequeñas crisis epilépticas.

Los padres no se lo podían creer.

—¿Cómo que un hematoma? Si nos dijisteis que el cerebro ni se iba a tocar.

—Y no se ha tocado, de verdad. Pero la manipulación del hueso hizo que se hinchara un poco durante la cirugía. Esta hinchazón lo hace más sensible a cualquier mínimo impacto, y quizá por eso se ha producido el hematoma.

—Pero ¿ahora qué va a pasar? ¿No volverá a hablar?

—Ahora pautaremos antiepilépticos para controlar esos tics de la cara y evitar que vayan a más. Lo esperable es que el hematoma se reabsorba y todo se recupere.

—¿Lo esperable? David, ¡cómo vamos a confiar ya en vosotros...! Llevamos mucho pasado y esta cirugía se suponía que era poca cosa.

Me preocupó verlos tan alterados. Eran ya unos padres veteranos en el hospital y nunca los había visto así. Esta vez, no habían acudido, como las otras, preparados para que cualquier cosa sucediera, pues los habíamos convencido de que el riesgo no era tan alto, comparado con las otras ocasiones. Todo lo vivido les había hecho mella, y era normal. Intenté tranquilizarlos y los dejé un rato con la niña. Al cabo de una hora, volví.

—Ya sé que estáis preocupados. Pero tenéis que confiar en

nosotros. Esto que acaba de pasar entraba dentro de las posibilidades. Por suerte, tiene solución.

—Estamos muy nerviosos, pero de verdad que confiamos. También es verdad que a la niña la vemos bien. Está contenta, sonríe, come, juega con nosotros... Lo único que pasa es que no le salen algunas palabras.

—Esto se recuperará, hacedme caso.

En momentos así es importante convencer a los padres de que hay motivos para ser optimistas. Pero también deben saber que hay cosas que escapan a nuestro control. Sé que es desesperante que los médicos te hablen de probabilidades, pero que no te den un porcentaje exacto de lo que puede suceder y lo que no. La incertidumbre, y más cuando se trata de seres queridos, es exasperante, pero la medicina no es como las matemáticas y debemos convivir con ello.

Sandra mejoró a medida que pasaron los días. Al principio nos había parecido una niña tímida, casi temerosa, pero según fue pasando tiempo en el hospital pudimos ver el terremoto que en realidad era. No paraba de jugar, de gesticular, de llamarnos para que le hiciéramos caso. Que Sandra cogiera confianza con nosotros ayudó a que sus padres también la recuperaran. Bueno, eso y que Sandra mejoró mucho de su afasia, claro. Cuando le dimos el alta, ya hablaba con normalidad. Fue un alivio para todo el equipo.

Antes de irse, Sandra me regaló un dibujo. Éramos ella y yo en el hospital. Ella con su pelo rubio, yo con el mío alborotado. Debajo del dibujo había escrito: «Te quiero mucho. Feliz día».

Los padres me dijeron que eran las dos únicas frases que sabía escribir. Y a mí me pareció que las había elegido extraordinariamente bien.

15

El extraño caso del despertar intraoperatorio

La verdad y la sinceridad son muy importantes en la vida y en el hospital.

Un día, estando en una guardia que hasta ese momento había sido muy tranquila, los traumatólogos nos llamaron para decirnos que tenían entre manos una fractura de tobillo bastante complicada. Por lo general, las fracturas de tobillo no suelen ser muy urgentes, y siempre se pueden programar para el día siguiente.

Para operar una fractura así de urgencia, se requiere cierta negociación. Los cirujanos, traumatólogos, ginecólogos... siempre consideran que su patología es la más apremiante, lo que hay que operar primero. El problema es que normalmente hay un solo quirófano de urgencia y un solo anestesista. Nos toca a nosotros valorar qué es realmente lo más urgente y evitar que nos metan algún gol.

En este caso, los traumatólogos insistieron en lo delicado del caso:

—De verdad, no os lo diríamos si no lo viéramos necesario, pero es una fractura fea. Si tenéis hueco en la guardia, mejor dejarla resuelta cuanto antes.

—¿Hay riesgo vascular?

Las únicas cirugías urgentes de traumatología son las que pueden tener compromiso vascular. Hay fracturas que alteran las arterias y pueden provocar una isquemia que, en el peor de los casos, acaba en amputación.

—No lo tiene, pero de verdad que es una fractura fea y hoy

estamos de guardia dos expertos en tobillo. Otro día no va a ser así y eso va a perjudicar al paciente. ¿No nos puedes hacer el favor?

—Vaaale, vamos para delante. —Reconozco que, si nadie va a salir perjudicado, soy especialmente facilón para los favores.

Sobre todo, soy especialmente blando cuando me cuentan la verdad. El caso no era una urgencia como tal. Hay compañeros que intentarían venderlo como una urgencia de vida o muerte cuando en realidad todo el equipo sabe que no lo es. Es de agradecer que el traumatólogo sea sincero, y te cuente que el paciente podía beneficiarse del equipo que estaba ese día. Dejando claro que el procedimiento no era urgente.

¿Por qué algunos cirujanos «mienten» sobre la urgencia de sus casos? Creo que ellos piensan que son mentiras piadosas por el bien de sus pacientes. Es algo bueno que cada cirujano piense que su paciente es el más importante del hospital. Pero por desgracia no tenemos tantos quirófanos de urgencia y a veces a los anestesistas nos toca hacer de guardias de tráfico y valorar qué es lo más urgente.

Cuando estás haciendo esta labor, es muy de agradecer la sinceridad.

Y es que todos necesitamos saber la verdad; es algo que este caso me enseñaría.

En este caso, no había ninguna otra urgencia y el equipo de traumatología era el ideal para intervenir esa fractura. Es cierto que podía surgir otra cosa realmente urgente mientras hacíamos ese procedimiento, pero en el Hospital General tenemos dos quirófanos de guardia por si eso sucede. No dudamos más y decidimos meter al paciente en quirófano.

Se trataba de un hombre de entre cincuenta y sesenta años, uruguayo, que había tenido una caída tonta. No se sabía muy bien cómo, pero se había destrozado el tobillo. Estaba muy dolorido. Mi labor ahí como anestesista era acercarme y tranquilizarle. Me suelo presentar, explico la anestesia, entrego el consentimiento y le cuento al paciente que vamos a conseguir que se olvide del dolor. Por lo general funciona: los pacientes empiezan a relajarse cuando saben que ese momento malo va a pasar, pero este no fue el caso:

—Que no, que no, que no, que no.

Sin que ninguno entendiéramos por qué, el hombre se puso al borde del ataque de ansiedad. Tardamos un poco en entender lo que decía y era que de ninguna forma y bajo ningún concepto él quería dormirse.

—No voy a firmar ningún consentimiento. Harán la cirugía conmigo despierto. Me da igual el dolor.

Yo estaba alucinando, pero traté de reaccionar.

—La fractura de tobillo generalmente se hace con anestesia intradural. Básicamente le daré un pinchazo en la espalda y se quedará dormido de cintura para abajo. Si le da miedo el pinchazo o estar despierto durante la cirugía, no se preocupe, le pongo un *gin-tonic* a través de la vía que le dejará tranquilo —dije para rebajar la tensión.

—Doctor, de verdad se lo digo, no quiero nada de sedación. Lo del pinchazo en la espalda lo puedo aceptar, pero de sedación ni hablar. Yo quiero estar despierto, prefiero el dolor más insoportable que estar dormido en un quirófano. Póngame muy poca anestesia.

—Pues sin sedación entonces..., pero ¿cuál es el problema con estar dormido en un quirófano? A mí si me operan prefiero que me pongan mucha mucha anestesia y así no enterarme de nada.

—Ese es justo mi problema, doctor, enterarme de algo. Cuando tenía dieciocho años, allá en Uruguay me operaron de una apendicitis aguda. Todo fue bien hasta que me pusieron la medicación por una vía de esas. Me quedé dormido, pero no desperté después, como me habían dicho, sino en plena cirugía.

—¿Cómo que despertó en plena cirugía?

—Pues como se lo estoy contando. De pronto me desperté, pero no podía mover un solo músculo. Estaba completamente paralizado. Noté algo frío en la garganta. No podía siquiera respirar, aunque sí sentía que algo metía aire en mis pulmones. Pero eso no era lo peor. Notaba todo lo que me hacían: el bisturí atravesando la piel, mis músculos abriéndose en la tripa, el olor a quemado y el sabor a plástico en mi boca. Oía las conversaciones de los médicos sobre cómo iba todo... Pero no podía ver nada,

tenía los ojos cerrados, y no los podía abrir. No podía hacer ni decir nada.

—Vaya, eso es algo muy poco frecuente.

—No me diga que lo que pasó fue un sueño... —contestó el paciente sin dejarme acabar—. Fue real. No me imagino una tortura peor, ¡notaba todo! Pero daba igual, claro, porque nadie se daba cuenta. Tuve que aguantar así lo que quedaba de intervención. Fue la peor experiencia de mi vida.

—Por desgracia, no creo que lo que le sucedió fuera un sueño. ¿Y qué pasó luego?

—Muy poco a poco recuperé la fuerza, y creo que me empecé a mover. En ese momento, notaba cómo me daban puntos con una gran aguja que perforaba mi piel. Conseguí moverme un poco y escuché a alguien decir: «Se está despertando». Y en unos segundos me dormí.

—¿Y después?

—Cuando me volví a despertar, ya estaba operado. No sabría decir cuánto tiempo había pasado. Les conté todo a los médicos, pero prácticamente me dieron por loco. No me creían. Y lo peor vino después. Yo era un chico feliz y tranquilo, ¿sabe? Pero empecé a vivir con miedo: miedo a tener que ir al hospital, a sufrir una cirugía, a contar lo que me había pasado y que nadie me creyera, en definitiva, tenía miedo a volverme loco de verdad. Aquella operación me cambió la vida. Así que de verdad les digo, con todo el respeto del mundo, no me van a dormir.

Para entonces, ya podía intuir lo que había pasado, pero decidí hablar con él más adelante, pues nos quedaba un largo tiempo juntos.

—No te preocupes, por supuesto, voy a respetar tu decisión. No te pondré nada que te haga perder la consciencia. Ni siquiera que la disminuya.

—Gracias, doctor. Muchas gracias.

Ya en quirófano, le expliqué lo que íbamos a hacer:

—Primero, te pincharé la espalda para ponerte anestesia local. Esto te escocerá un poco, pero nada más, lo voy a hacer con una aguja muy fina.

—Los pinchazos no son problema para mí, doctor.

—Después iré con otra aguja un poco más larga y gruesa. Puede que en ese momento notes molestias, aunque no será gran cosa. Con esta aguja larga pondré anestesia local muy cerca de tu médula y tus nervios. En unos minutos dejarás de sentir todo de cintura para abajo.

—¿Y cuánto tiempo estaré como Rambo?

—¿Como Rambo?

—¡Sin sentir las piernas! —me dijo riendo.

—Unas dos o tres horas —le contesté riéndome yo también y contento de que estuviera más tranquilo.

En todo el proceso, el hombre no se movió nada. Se portó de diez. Aproveché el último momento para preguntarle si estaba seguro de que no quería sedación:

—Caballero, en esta cirugía va a escuchar martillazos y golpes. Hay pacientes a los que les resulta muy desagradable. ¿No quiere que le ponga un poco de sedación y así se echa una siestecilla?

—Doctor, me había prometido usted que no. Me niego a cualquier cosa que me haga perder la consciencia —me dijo de nuevo alterado.

—No se preocupe, me quedo aquí hablando con usted, entonces. Siendo uruguayo..., le gustará el fútbol, ¿no?

La posibilidad de dormirse era lo único que le ponía nervioso. Parte del papel del anestesista es tranquilizar al paciente durante la intervención y, cuando no se puede hacer con fármacos, no queda otro remedio que hacerlo con buena conversación. Y sí, le encantaba el fútbol. Hablamos de Fede Valverde, el centrocampista del Real Madrid, de los mundiales que ganó la selección de Uruguay años atrás, del cuarto puesto que lograron el año de Sudáfrica... Cuando se nos acabó el palique futbolero, y aún con bastante operación por delante, le dije que, por supuesto, yo sí creía su historia, y es más, que lo que le había pasado tenía un nombre técnico: despertar intraoperatorio.

—Es un cuadro real, lo que pasa es que es muy muy raro. Las estadísticas antiguas hablan de un 0,1 o 0,2 por ciento de

pacientes, pero la realidad es que es mucho menos frecuente. Cuando hacemos una anestesia general, hay tres pasos: necesitamos que el paciente esté dormido, para lo cual le damos un fármaco que llamamos *hipnótico;* necesitamos que no le duela, porque se puede sentir dolor aun estando dormido, así que le damos analgésicos para controlar ese dolor. Y, por último, necesitamos que no se mueva absolutamente nada, y para eso le damos un relajante. Así que son tres fármacos los que componen una anestesia general: un hipnótico, un analgésico y un relajante muscular.

Contra lo que pueda pensarse, un paciente dormido puede sentir dolor. No sentirá dolor como lo harías tú si te pellizcas mientras lees este párrafo (espero que no lo hayas hecho). Pero su cuerpo sí reaccionará al dolor, entre otras cosas, con hipertensión y aumento de la frecuencia cardiaca. Así que, a pesar de estar dormido y no recordar el dolor, nuestro cuerpo puede reaccionar a él. Si no usáramos fármacos para controlar el dolor durante una anestesia general, el paciente podría tener un infarto y morir durante la cirugía debido a un dolor que su cerebro dormido no podría recordar. Es importante por tanto combinar bien estos tres fármacos: hipnótico, analgésico y relajante muscular. Administrar poca dosis de hipnótico y analgésico, así como la dosis adecuada de relajante muscular podría acabar en un despertar intraoperatorio. El paciente estará completamente paralizado, pero sentirá todo lo que le están haciendo, y no podrá mover un solo músculo ni pedir ayuda.

Los fármacos que usamos en anestesia son fármacos que deben usar siempre profesionales. Esto ya no se lo expliqué a él, pero el hipnótico más usado es el propofol, con el que murió Michael Jackson; el analgésico más común es el fentanilo, con el que murió Prince; y el relajante muscular que más se utiliza es el rocuronio y un derivado del curare que utilizan algunas tribus para impregnar sus flechas y dejar paralizados a los animales que cazan. Estos fármacos pueden parecer peligrosos y lo son, si no los manejan manos expertas con cuidado. Pero no hay que quedarse solo con los aspectos negativos. El propofol causa un sueño de lo

más agradable y produce una gran sensación de placer al despertar. El fentanilo no deja de ser un fármaco de la familia de la morfina y de la heroína, que causa también un efecto de bienestar al administrarlo y permite evitarles grandes dolores a los pacientes. El rocuronio en cambio provoca la relajación de la musculatura, haciendo posible realizar cirugías que serían imposibles sin él.

—Pero, doctor, yo no estaba dormido, lo notaba todo —insistía.

—Lo sé. Claramente algo salió mal y por eso se produjo su despertar intraoperatorio. Quizá por un fallo se dejó de administrar el hipnótico, o se le había pasado el efecto de este, pero persistió el del relajante muscular, que es lo que nos deja paralizados, diafragma incluido, el músculo que usamos para respirar.

—Eso es, doctor, yo notaba que no podía respirar. Pero ¿cómo pude seguir vivo sin respirar?

—Porque estabas intubado, y una máquina hacía funcionar tus pulmones por ti. Tú no podías mover un solo músculo, el único músculo que se sigue moviendo con los relajantes musculares es el corazón.

—¿Cómo dice que se llama lo que me pasó?

—*Despertar intraoperatorio*. Algunos pacientes lo llevan relativamente bien, otros no, y sufren pesadillas, desarrollan un síndrome de estrés postraumático, ansiedad, sensación continua de muerte... Pero es algo que se puede tratar.

De pronto, el paciente se echó a llorar.

—Doctor, no lloro de tristeza, sino de alivio. Es la primera vez que alguien me explica lo que he sufrido. Y, sobre todo, es la primera vez que no me llaman loco.

Mucha gente piensa que, comparada por ejemplo con la de médico de familia, la especialidad de anestesia tiene muy poco trato con los pacientes. Básicamente porque lo que hacemos es dormirlos..., pero no es exactamente así. Lo cierto es que un médico de familia tiene que ver a unos treinta pacientes en una tarde, y solo puede dedicarle tres o cuatro minutos a cada uno. Yo puedo hablar con

ellos antes de la cirugía, después y, sobre todo, durante la cirugía. Con este paciente tengo claro que la labor más importante que hice no fue anestesiarle, sino mantener con él aquella conversación.

Como anestesistas, estamos en quirófano para dar seguridad al paciente, pero también confort. Y a veces no hay mejor confort que una conversación.

Además de escuchar y hablar con los pacientes, es fundamental ser sinceros con ellos. Y cuando cometemos un error, lo mejor que podemos hacer es explicarlo y, después, pedir disculpas.

La cirugía del tobillo salió bastante bien, todos quedamos contentos. Dejé al paciente en la URPA, la unidad de recuperación anestésica, a cargo de otro compañero. Pero su historia me había dejado tocado, así que fui a verle cuando pasaron unas horas.

—Doctor, ya no estoy como Rambo, ya puedo mover las piernas.

—Me alegro mucho, ya te dije que se despertarían pronto y que no hacía falta dormirte entero.

—No sabe lo que le agradezco no haberme dormido y todo lo que hablamos en quirófano, ahora sé que lo que me pasó tiene nombre.

—Sí que lo tiene. Pero ahora es fundamental que acuda a hacer terapia psicológica. Ya que sabemos lo que le pasó, le podemos ayudar a superar ese trauma, aunque hayan pasado tantos años.

Un tiempo después, cuando me había olvidado del caso, vino el traumatólogo a mi consulta. Me dijo que traía un paquete para mí. No era muy grande. Lo abrí con curiosidad y me encontré una camiseta de la selección uruguaya de fútbol y una carta en la que el paciente me contaba que se había recuperado a la perfección de la fractura de tobillo, pero que, y eso era lo más importante, también se había recuperado del trauma del despertar intraoperatorio. Se había puesto en manos de una psicóloga especializada en el tema. Ella le había dado una serie de pautas para luchar contra el cuadro de estrés postraumático y, rápidamente, se empezó a encontrar mucho mejor. Me daba las

gracias no tanto por la anestesia durante la cirugía, sino por haberle escuchado, haberle explicado su caso y haber sido sincero con él en los errores que se hubieran podido cometer. Y es que todos necesitamos saber la verdad.

16

Una transfusión muy delicada

Si hay algo que identifica a todos los médicos es el deseo de hacer las guardias los jueves: son las más deseadas porque después de veinticuatro horas en el hospital, sales el viernes por la mañana y ya no vuelves hasta el lunes, así que se te queda un fin de semana largo. Pues bien, hay otra cosa que también hacemos todos: intentar evitar las guardias el día que volvemos de vacaciones. Es una buena manera de «arruinar» todo el descanso y desconexión del verano. Además, cuando las guardias son de reanimación es aún peor porque sientes que no conoces a esos pacientes con los que ya tienes que trabajar.

—Yo esta vez no he tenido suerte y, por necesidades del cuadrante, me ha tocado guardia de reanimación recién llegadito.

—¡Anda! ¿Ya estás de vuelta de tus vacaciones? Pues tengo un regalito para ti, David —me dijo mi compañero antes de darme el pase.

Aunque lo esperé con las manos abiertas, no recibí una figurita, ni una guayabera, ni ningún otro obsequio traído de algún exótico viaje. Consternado, caí en la cuenta de que se refería a un caso medio complicado que me explicó con todo detalle a continuación. Teníamos en reanimación a Adolfo, un niño de trece años operado de un angiofibroma nasofaríngeo. Lo sé: suena horrible, pero no es tan tan grave como su nombre hace temer. Aunque, desde luego, no es nada agradable.

El angiofibroma nasofaríngeo —si no te has atragantado al leerlo— es un tumor benigno que se produce en la parte posterior de la nariz, que puede crecer hacia la garganta y los senos

paranasales y que, a veces, puede expandirse también al cerebro. Los niños (afecta más a los varones) se suelen quejar de tener la nariz taponada, sangrados de nariz frecuentes y dolor de cabeza. Al ser benignos no dan metástasis, pero, si no se detectan, pueden llegar a crecer mucho. En el caso de Adolfo, había crecido hasta afectar la zona del cerebro y por eso lo operaron de forma conjunta otorrinos y neurocirujanos.

Otra característica particular de estos tumores es justamente que sangran mucho. Por eso muchas veces, antes de la cirugía, se intenta hacer un tratamiento endovascular, es decir, se trata de acceder hasta las arterias que nutren al tumor y cerrarlas para que, cuando se opere, esta sangre lo menos posible.

En este caso concreto, me contaron que no se había podido aplicar dicho tratamiento. La cirugía había sido un éxito, pero como era de esperar, el paciente había perdido mucha sangre. Adolfo se veía paliducho e iba justo de hemoglobina. La hemoglobina es un parámetro que nos dan las analíticas y que nos sirve para valorar una posible anemia; cuando sus valores son muy bajos es obligatorio valorar una transfusión. Yo planteé esta posibilidad y fue entonces cuando mi compañero desveló la incógnita:

—Este es el regalito: el paciente y su familia son testigos de Jehová.

Reconozco que el dato me cayó como un jarro de agua fría. Por motivos religiosos, los testigos de Jehová rechazan las transfusiones, y cuando se trata de un adulto, esta decisión es incuestionable. Su voluntad, en virtud del principio de autonomía del paciente, prevalece en todo el proceso terapéutico.

Sin embargo, en el caso de pacientes pediátricos, los médicos somos los garantes de la salud de los pacientes, porque no pueden decidir por sí mismos. Lo primero que hacemos es pedir a los familiares que firmen un consentimiento con el que aceptan que se le haga una transfusión al paciente. Por lo general, los testigos de Jehová se suelen negar a firmar el documento. En ese caso, podemos acudir al juez para que dirima la cuestión: se manda un fax al juzgado en el que se explica la situación y se pide la

autorización judicial para hacer la transfusión sin el consentimiento de los padres. En el hospital operamos con relativa frecuencia a pacientes de esta religión y muchas veces tenemos que llevar a cabo este procedimiento. No deja de ser un trámite tan desagradable como necesario.

En esta ocasión, conseguimos la autorización sin demasiado problema, pero, como médicos, aparte de intentar garantizar que el paciente esté bien, tratamos de respetar sus creencias religiosas y las de sus allegados. Aquí viene el dilema. A un paciente con los datos clínicos de Adolfo, pero que no fuera testigo de Jehová, le hubiéramos transfundido casi sin dudar; pero, en su caso, queríamos asegurarnos de que el procedimiento era absolutamente indispensable. En caso contrario, era mejor evitar el procedimiento, puesto que suponía una vulneración de sus creencias. Los dilemas morales que afrontamos los médicos raramente son una cuestión de blanco o negro, de sí o no. Hay que ver caso a caso, y aún más, cada caso verlo minuto a minuto. ¿Era correcto postergar la transfusión de Adolfo? ¿O estaríamos arriesgando su vida por respetar su religión? ¿Está clara la frontera entre lo útil, lo necesario y lo absolutamente indispensable? Por desgracia, o por suerte, en medicina y en la vida no todos son datos y parámetros objetivos. Siempre buscamos indicadores clínicos, cifras y protocolos que nos den seguridad, pero la ciencia por sí sola no basta, a menudo hay un factor humano que decanta las decisiones.

Me tocaba a mí hablar con la familia ese día y, cuando lo hice, empecé comentando el tema de la transfusión.

—El estado de Adolfo es delicado. La hemoglobina va muy justa y él tiene cierta tendencia a la taquicardia. Que su corazón vaya más rápido nos indica muchas cosas, una de ellas es que puede que necesite más sangre. Supongo que ya lo sabrán, pero una de las opciones que hay sobre la mesa es la transfusión. Esta tarde le haremos otra analítica, vigilaremos que no haya sangrado y, con lo que veamos, iremos decidiendo.

En ese momento, los padres ya estaban visiblemente nerviosos por el estado de su hijo.

Al cabo de pocas horas, vimos que el niño había sangrado un poquito por la nariz y le repetimos la analítica. Volví a hablar con los padres.

—La hemoglobina sigue a la baja, aunque la tendencia se ha suavizado. Sin embargo, creo que la transfusión es una opción cada vez más cercana porque...

—Doctor —me interrumpió el padre tratando de ser lo más educado posible—, la verdad es que te agradezco mucho que nos informes en detalle de cómo está nuestro hijo, pero siempre nos empiezas hablando sobre la transfusión y no sé si es porque somos testigos de Jehová.

Me di cuenta de que el padre estaba en lo cierto.

—Pues... sí. La verdad es que sí. Perdonad.

—Tenéis la autorización del juez. Podéis hacer lo que consideréis oportuno, pero, por favor, no nos habléis solo de la transfusión. Contadnos el resto de las cosas que le están pasando a nuestro hijo, cómo está, cómo se encuentra...

Tenían razón. Después de una cirugía como aquella, la transfusión no era el único elemento que atender. Si Adolfo no hubiera sido testigo de Jehová, yo los hubiera informado de otras muchas cosas, y es que había buenas noticias que dar: Adolfo se encontraba bien, la recuperación estaba siendo buena y no tenía ningún déficit neurológico. Todo marchaba bien a pesar de la anemia. Había otros muchos parámetros que seguíamos vigilando, pero si solo les hablábamos de las transfusiones, iban a terminar creyendo, con razón, que aquello era lo único que nos preocupaba.

Les expliqué todo esto, les pedí disculpas y se quedaron mucho más tranquilos.

La guardia de reanimación fue movidita: varios niños ingresados tuvieron distintas complicaciones. A las tres de la mañana todo empezó a estar más tranquilo y decidí ir al cuarto de médicos a sentarme un poco.

Según me senté recibí una llamada al busca de guardia. Era la enfermera de Adolfo. Isabel es una de mis enfermeras favoritas, una de las personas más vitales y divertidas de la unidad. Todo el mundo la adora, porque, además, es una magnífica enfermera. Si

ella te avisa de que vayas a ver al paciente es porque algo serio le pasa.

—David, ya sé que acabas de estar aquí. Pero Adolfo se ha despertado y está un poco raro. Le he tomado la temperatura y tiene treinta y ocho...

—Tardo menos de un minuto.

Cuando llegué, me encontré la situación que me había descrito la enfermera, Adolfo se había despertado sudando y muy agitado. Tenía fiebre y su corazón iba aún más rápido que antes. Esta frecuencia cardiaca más alta podía ser por un sangrado, pero eso no explicaba la fiebre y el resto del cuadro. Me dio la sensación de que tenía alguna infección. Es frecuente que, después de una cirugía importante y una estancia en una unidad de críticos, el paciente sufra algún episodio de infección. En el caso de Adolfo, por los síntomas, esta podía llegar a ser muy grave.

La fiebre siguió subiendo y el niño empezó a sufrir alucinaciones. Rápidamente fui a hablar con la familia, les expliqué cuál era el cuadro y detallé las distintas medidas que íbamos a tomar: era fundamental administrarle fluidos y antibióticos cuanto antes, hacer cultivos y probablemente también darle corticoides. Después les dije que, al introducir tanto volumen de elementos que no eran sangre, era posible que la hemoglobina bajara más aún y que, en algún momento, el paciente necesitara una transfusión.

—Gracias por la información. Ah, y esta vez nos has dicho lo de la transfusión lo último —me dijo el padre con una tímida sonrisa bajo la expresión nerviosa.

Sentí bastante ternura por ese padre y por su forma de darle humor a una situación tan complicada.

Le devolví una sonrisa cómplice y le dije que íbamos a intentar hacer lo mejor para que el niño se recuperara cuanto antes. Pasamos horas difíciles. Para Adolfo, la situación no era fácil, tenía alucinaciones, se le veía agitado. Llegué a plantearme si no era mejor dormirlo, intubarlo y mantenerlo sedado mientras tratábamos el cuadro. Pero decidí aguantar porque sedar a alguien es una decisión que no se puede tomar a la ligera. A las ocho de la

mañana, Adolfo había respondido muy bien a los tratamientos y se encontraba mejor.

Debido al volumen de líquidos que habíamos pasado por sus venas, era muy probable que necesitara la transfusión y así lo dejé escrito en la historia clínica.[1]

—Ya he hablado con los padres sobre la transfusión —le dije a mi compañero—. Les he dicho que lo más probable es que se haga. Pero si tú tienes claro que vas a transfundir, no me importa ir a avisarlos de que lo vamos a hacer.

—No te preocupes, no hay problema. Vete a descansar.

Me dejó intranquilo dejarle la decisión de transfundir a otro compañero por haber intentado aguantar yo lo más posible. De nuevo, me asaltaban las dudas... ¿Cuáles eran los límites entre lo adecuado, lo necesario y lo absolutamente imprescindible? ¿Cuáles eran esos límites sobre todo cuando se trataba de niños? Yo había decidido que el paciente podía seguir sin transfusión, pero quizá mi compañero no pensara lo mismo. O quizá él fuera a presenciar un escenario distinto al que había vivido yo: estos casos cambian cada minuto.

Aunque me había ido a casa, al final de la mañana me volví a acercar al hospital. No estaba tranquilo, quería ver cómo iba todo.

Cuando llegué a la cama de Adolfo, me encontré con que el niño estaba mejor. Ya no tenía fiebre, estaba consciente, orientado y sin alucinaciones. Y además la taquicardia había mejorado mucho. Entonces, me fijé en la bolsa roja que estaba conectada a su vena. Le estaban administrando sangre. Finalmente, la transfusión fue imprescindible.

En un primer momento, pensé que la familia estaría enfadada o molesta con nosotros. Pero la realidad demostró que, de nuevo, mis prejuicios me habían jugado una mala pasada. Estaban muy contentos con el trato. Los padres lo habían pasado muy mal durante aquellas horas críticas y se pusieron muy contentos al ver la mejora de su hijo a lo largo de la mañana siguiente.

—David, vaya noche hemos pasado. Le veíamos tan pálido, con alucinaciones, con esa fiebre, tiritando... Cuando nos comentaste que quizá había que intubarle, casi nos desmayamos —

me dijo la madre.

—Sí, la verdad es que no fue una buena noche para ninguno, sobre todo para el peque... —dije mientras miraba con disimulo la bolsa de sangre.

—Esta mañana se fue encontrando mucho mejor. Pero ya estaba muy pálido y débil. Se intentaron administrar todos los tratamientos posibles para evitar la transfusión; pero en este caso era inevitable.

Los pacientes que son testigos de Jehová tienen amplios conocimientos sobre transfusiones de sangre y distintas terapias para evitarlas. Mucho más que el público general. Y, por suerte, también son conscientes de que, a veces, por más que intentemos buscar otras vías, no queda más que ese camino.

Cuando fui a hablar con mi compañero, me contó prácticamente lo mismo que la madre. A primera hora de la mañana, Adolfo había mejorado, pero aún estaba pálido, presentaba taquicardias y tenía la tensión muy justa. La cirugía, la infección durante la noche, todos los fluidos administrados hicieron que fuera absolutamente indispensable administrar sangre. No hacerlo comprometía su vida. En ese momento ya no había dudas ni grises: transfundir era la única opción, estábamos todos de acuerdo.

Adolfo mejoró inmediatamente y, a los pocos días, se le pudo dar el alta a planta y después se fue a casa, así que prácticamente no nos dio tiempo a despedirnos de él. Lo que parecía que iba a ser un ingreso prolongado finalmente fue mucho más corto.

Unos meses después me lo encontré por los pasillos del hospital. Fue él quien me vio y me llamó. Iba con sus padres y parecía otro, de tan repuesto como se le veía. Creo que yo no le hubiera reconocido. Aquel chico paliducho y con aspecto de estar muy malito resultó ser un chaval casi tan alto como yo, con muy buen color y lleno de energía. Después de los saludos, el padre me dijo:

—David, fue muy importante lo que hicisteis por nosotros aquellos días. Para nosotros la transfusión no era lo más importante. Lo más importante era que Adolfo se recuperara y

estuviera bien. Gracias por cuidar de él.

A lo largo de las distintas veces que hablé con ellos, aquella familia me fue dando pistas sobre lo importante que era para ellos su religión, la paz que les proporcionaba y la forma en que los ayudaba a ser mejores personas. Claro que tenían creencias que yo no compartía, pero es muy importante dejar eso a un lado y evitar los prejuicios que de ahí se derivan cuando tienes que tratar a su hijo y atenderlos a ellos. Y atenderlos es justamente respetar esas creencias y tratar de no vulnerarlas, siempre que la vida del paciente no esté en juego.

17

Las drogas como forma de vida

Las venas son la materia prima con la que trabajamos los anestesistas. Las necesitamos para hacer nuestro trabajo, pues son la puerta de entrada de la mayoría de nuestros tratamientos. Sin embargo, tampoco hace falta ser anestesista experto para saber que hay ciertas venas que, por sí solas, cuentan la historia de una vida. Eso fue lo que pensé cuando conocí a un paciente que vino a operarse por un traumatismo en una pierna. Solo con ver su castigado cuerpo era fácil deducir que había sido adicto a la heroína. Y que esta droga había dejado claras cicatrices en su cuerpo y, probablemente, en su vida. Y es que se la había inyectado en casi todas las partes donde era posible hacerlo.

Para nosotros no es fácil pinchar a estos pacientes porque tienen todas las venas destrozadas; en aquel caso, aún más de lo habitual. Pasé un buen rato explorándole para buscar el mejor sitio hasta que di con una pequeña vena muy cerca de su pulgar.

—Creo que lo haré aquí —le dije.

—Esta vena no se va a poder canalizar —me avisó—. Ya me han intentado pinchar por ahí y nada. Mejor no lo intentes. Las únicas que creo que pueden servir son las del pie izquierdo.

—Vaya. Pero la operación que te vamos a hacer es justamente en la pierna izquierda. Así que es mejor no utilizar las de ese pie. Si no te importa, voy a intentarlo en la vena del pulgar.

—Es imposible. Vas a pinchar para nada —me dijo con la seguridad de quien lo ha hecho muchas veces.

—No tengo mucha más alternativa. ¿Te parece bien que lo intente al menos?

—Como quieras.

Fui con cuidado, tuve suerte y pude canalizarla a la primera.

—Joder. Pero ¿dónde estabas tú en los ochenta? —me dijo riendo.

La verdad es que solté una carcajada. Luego hablamos un poco mientras terminaba de dormirle para la operación. Su comentario me pilló desprevenido, también porque aquel paciente me despertó simpatía y algo de compasión, pero reconozco que en general no suelen hacerme mucha gracia los temas relacionados con las drogas.

Por el barrio del que vengo, me ha tocado convivir con ellas codo con codo y he visto lo que le han hecho a familiares y amigos. Con los años, me empezó a parecer que, claro... que el problema no es el drogadicto ni el camello: a menudo estas figuras, que son las que vemos, son víctimas de un engranaje mucho más complejo y por eso es importante no caer en culpabilizaciones fáciles.

Mi rechazo frontal a las drogas y mi firme deseo de mantenerme al margen en todo lo que tenga que ver con ellas me ha llevado a posiciones algo ingenuas en algunos momentos de mi vida. Y es que no solo en la infancia o en el barrio estuve en contacto con las drogas. Durante la residencia comencé a tratar a diario con las drogas legales. De hecho, estoy seguro de que una parte de la sociedad cree que los anestesistas nos ganamos la vida drogando a la gente. No es del todo así, los anestesistas aportamos seguridad y confort al paciente; y para conseguir ambas cosas empleamos distintas drogas. Pero el uso de estas no es la finalidad de nuestra profesión, es solo un medio para alcanzar el fin: que el paciente esté bien. Aun así, además de con las drogas legales, seguí teniendo contacto con las ilegales.

Como con aquel paciente que se había tragado unos clavos para poder salir de prisión. De primeras uno podría pensar que lo hacía para intentar una fuga, pero con el tiempo he ido aprendiendo que muchas veces estas personas buscan simplemente abandonar la cárcel por unas horas, nada más que eso. Y por conseguirlo llegan a arriesgar su vida.

Después de que le hubieran hecho unas radiografías, bajé para

que me firmara el consentimiento de anestesia antes de la intervención para extraer los clavos. Iba escoltado por dos guardiaciviles. Le hice algunas preguntas para la historia clínica y ahí noté que hablaba raro. Me extrañó mucho, pero las apariencias no daban lugar a dudas.

—Perdona, que... Me parece que... ¿Has consumido algún tipo de droga o sustancia recientemente?

—Sí —contestó.

—Pero... ¿en la cárcel?

Entonces el guardiacivil que estaba a su lado, y recuerdo que tenía un fuerte acento gallego, me dijo:

—Se ponen hasta el culo allí, ¿eh?

—He consumido de todo —remató el paciente.

—¿Cómo que de todo? —pregunté.

—Pues de todo: heroína, cocaína, cannabis, benzodiacepinas... De todo.

Antes de meterle al quirófano, decidimos hacerle una prueba de drogas. House decía que el paciente siempre miente, pero en este caso se hubiera equivocado: aquel hombre dio positivo en absolutamente todas y cada una de las drogas. Teníamos que sedarle para la gastroscopia, pero hicieron falta muy pocos fármacos porque llegó al quirófano prácticamente anestesiado con todo lo que había consumido.

Las drogas destrozaron mi barrio en los años ochenta. También afectaron a mi familia: un primo de mi padre cayó en la heroína y en ella se dejó la vida. En mi casa siempre me inculcaron un rechazo total a las drogas, duras o blandas. Con siete años le pregunté a mi padre:

—¿Qué es la marihuana?

—¿Dónde has oído hablar de eso?

—En el parque, a unos hombres.

—David, la marihuana es una cosa que, si la tomas, TE MUERES.

Juro que, cada vez que había un porro cerca de mí, esas palabras volvían a mi cabeza. Nunca he dado una calada, creo que sobre todo por miedo a defraudar a mi padre. Puede resultar exagerado por su parte, pero sé que lo único que quería era

proteger a su hijo de un barrio en el que las drogas formaban parte de la cotidianidad.

Recuerdo de muy pequeño haber visto jeringuillas tiradas en algunas zonas del parque de los Pinos, el que estaba más cerca de casa. Teníamos prohibido ir detrás del puente, que era la zona más oscura, donde los drogadictos solían estar trapicheando. Nosotros protestábamos. Todos nuestros amigos del colegio iban allí. ¿Por qué mi padre no quería que fuésemos? Ahora, cuando pienso en esa convivencia tan estrecha, me parece un recuerdo alucinado. Y creo, claro, que, si alguna vez tuviera hijos, los intentaría alejar de ese ambiente, como lo hizo mi padre.

Ya desde la infancia tuve más contacto con las drogas del que mis padres hubieran querido. Contactos inocentes y fortuitos, pero contactos, al fin y al cabo. Con trece años, las distancias se fueron reduciendo. Mis amigos más cercanos empezaron a fumar esa marihuana mortal; muchos incluso la vendían.

Creo que mi miedo y odio a la droga fue uno de los motivos que me llevaron a alejarme del barrio y pedir el cambio de colegio. Es curioso que ahora me gane la vida «drogando» a gente. Quizá, en parte, la anestesia me llamaba tanto la atención por un cierto gusto personal por lo prohibido.

He tenido a pacientes a los que les gustaba lo prohibido bastante más que a mí. En otra ocasión vino a la consulta alguien que también había sido adicto a la heroína. Para operarle, le pusimos anestesia general. Seguimos el mismo procedimiento de siempre: monitorizarle, cogerle una vía y, cuando estaba listo para dormirse, le avisé de que le iba a poner una sustancia que quizá le mareara un poco. Esa sustancia no era otra que el fentanilo, un derivado cien veces más potente que la morfina; un opiáceo muy parecido a la heroína. Al administrárselo, el paciente empezó a gritar:

—Doctor, doctor, doctor, esto es lo más parecido a mi último pico de heroína, qué placer, qué bien me está sentando. Si lo sé, me opero antes.

Al paciente le dio un ataque de risa y a nosotros nos preocupó que le gustara demasiado, pero todo salió bien. Cuando despertó le

hicimos seguimiento y no hubo indicio alguno de que recayera.

Y es que no hubiera sido la primera vez que somos nosotros los que hacemos adicto a un paciente. Ese fue el caso de Elvira. Elvira era una niña de quince años que tuvo un sarcoma, un tumor maligno en una pierna. Hubo que hacerle una cirugía muy agresiva, en la que se salvó de la amputación por muy poco. En el posoperatorio Elvira sufrió muchísimo dolor. Al principio se lo pudimos controlar con la anestesia epidural, pero no se puede dejar un catéter epidural más de unos días. Cuando se la retiramos, el dolor seguía ahí, así que se le pautaron opiáceos para el control del dolor que también continuó tomando una vez volvió a su domicilio.

No es muy común, pero a veces pasa en pacientes oncológicos adolescentes que se vuelven adictos a los opiáceos. Cuando se los intentamos retirar, Elvira pasó verdaderos síndromes de abstinencia, un mono en toda regla, vaya. La propia madre, que se tomaba con humor todo lo que había pasado, me decía que su hija, la pobre, era una pequeña yonqui, y que necesitaba su dosis.

En su caso hubo que tener mucha paciencia, porque el dolor persistía y persistía. Estuvo viniendo a mi consulta de dolor crónico varios meses y, sí, tuvimos que pautarle metadona a una cría de quince años para que perdiera su adicción a los opiáceos. Los fármacos que usamos en anestesia son muy potentes, muy efectivos, pero también altamente adictivos, y es que no son tan distintos a las drogas que se pueden conseguir en la calle.

Puesto que manejamos estos fármacos tan efectivos y adictivos, he conocido algún caso de anestesistas adictos a alguna de nuestras drogas de uso habitual. No han sido casos cercanos, ni de los hospitales donde trabajo, pero compañeros míos me han contado casos de adicciones al propofol y al fentanilo. Muchas de estas adicciones han acabado con el anestesista sufriendo incapacidad laboral o de baja de por vida. E incluso, alguna de estas historias ha acabado en suicidio. El tener acceso a fármacos potencialmente mortales hace que la anestesia sea la especialidad con más índice de suicidios. En términos generales, por cada suicidio hay veinte intentos; pero cuando es un anestesista quien lo

intenta, es muy raro que no tenga éxito. Por eso, en estos casos, la prevención es tan importante y la mejor forma de hacerlo es que este problema deje de ser un tema tabú.[1]

A pesar de donde vengo, uno de los casos más dramáticos con las drogas lo viví en mi hospital. Esta historia empieza con la frase prohibida para cualquier médico: «La guardia está tranquila». Todos sabemos que no debe hacerse y, aun así, en un momento de debilidad, la soltamos: «Vámonos a dormir que, la verdad, esta guardia parece que está tranquila».

Eso dije yo aquel día y una hora después sonó el busca. Era el cirujano y nos contaba que venía un bolero del aeropuerto al que había que operar. Entonces yo era residente de segundo año y estaba de guardia con un residente mayor.

—¿Ha dicho «bolero»?

—Sí, un bolero.

—Perdona, que igual es que estoy tan dormido que no me entero, pero qué es eso de un «bolero».

—Es la forma coloquial en la que llamamos a los pacientes que han ingerido o se han introducido por el recto algún tipo de droga para traerla a España sin que los pillen.

—Vaya...

—Es muy importante que vayamos a dar el consentimiento de informado. ¿Tú ya has estado en esa parte del hospital?

—¿Cuál?

—La que es un poco como una cárcel.

—¿Hay una parte del hospital que es como una cárcel? —pregunté con ingenuidad.

Por entonces yo todavía no la conocía, pero efectivamente había una parte del hospital diseñada para los pacientes que vienen de un centro penitenciario, con habitaciones que parecen celdas reducidas. Allí fui a conocer al paciente. Lo decía antes: como la epidemia de la heroína en los ochenta me pilló de cerca, y de pequeño jugaba en parques plagados de jeringuillas, la droga me genera mucho rechazo y aquello que apuntaba de que es importante no culpabilizar a los eslabones más débiles lo decía por mí el primero, pues cuando era más joven me costaba mucho

empatizar con quien traficaba y quien consumía. En este caso fui correcto con el paciente, como trato de serlo siempre, pero reconozco que no gozaba de mi simpatía.

El paciente era un hombre boliviano que había llegado a Barajas en avión. En el aeropuerto había estado bastantes horas retenido hasta que se había confirmado que había ingerido bolas de cocaína y la policía nos lo había traído para que le interviniésemos. El motivo para operarle de urgencia era que las bolas se podían romper. Si estas bolas de droga se rompían en su organismo, su cuerpo empezaría a absorber la droga de forma rápida. En esos casos la mortalidad es muy alta, incluso cuando el accidente ocurre en un hospital.

En mi hospital siempre se cuenta el caso de uno de estos pacientes boleros que, todavía en el avión, se acercó a la azafata y le dijo:

—Hola. Quiero que sepa que... que me voy a morir.

Al parecer, la azafata pensó que el paciente sufría ansiedad por volar y trató de tranquilizarle:

—Aquí nadie se muere, estese tranquilo. Todo va bien. Aterrizaremos en menos de dos horas.

El viajero le dijo que no, que él se iba a morir porque había tomado unas bolas de cocaína y que había sentido algo raro, estaba taquicárdico, sudoroso, temblando..., y no era un ataque de ansiedad. Alguna de esas bolas se había roto dentro de su intestino y al absorber dosis tan altas de cocaína su cuerpo estaba colapsando.

El hombre llegó vivo a Madrid y lo trasladaron de urgencia al hospital, pero ya en muy mal estado. Lo intentaron todo, pero murió en quirófano. La cocaína le había provocado un colapso circulatorio que fue imposible de tratar.

Todos los que estábamos de guardia aquella noche conocíamos de sobra aquella historia y la teníamos muy presente. Ese tipo de pacientes son bombas de relojería. Lo pasamos a quirófano sin perder un minuto. Al abrirle el cuerpo y comprobar que las bolas estaban aún en buen estado, todo el equipo respiró aliviado. El paciente se mantuvo estable durante la intervención.

El policía que lo acompañaba se había cambiado el uniforme por un pijama de los nuestros, entró en quirófano y estuvo presente durante la operación. Yo nunca había presenciado algo así y la cosa me llamó la atención. Como la situación estaba tranquila, aproveché para preguntar.

—¿Cómo es que tiene que estar aquí presente? Estando dormido es imposible que el paciente haga nada, ¿no?

—Aquí no estoy vigilando al preso, estoy vigilando las bolas de cocaína. Tengo que hacer el contaje para después dar parte a mis compañeros y al juez y saber cuánta droga llevaba este hombre.

Seguimos hablando un poco más y me llamó la atención lo preocupado que estaba por el paciente, casi como si fuera un conocido o un familiar.

—Te veo muy preocupado por este hombre. ¿Os ha dado tiempo a haceros amigos? —pregunté con la torpeza de alguien de veintiséis años, a las cinco de la mañana y sin dormir.

—No, no nos dio tiempo a hacernos amigos. Pero su caso es un verdadero drama.

El policía me contó la historia que previamente el hombre le había contado en la comisaría del aeropuerto, donde le habían interrogado. Al parecer, traía la droga sabiendo que probablemente a él le iban a pillar porque el suyo era uno de esos «vuelos calientes», que venían cargados. Por lo que me contaba el policía, daba la sensación de que le habían utilizado como cebo para que no pillaran a otros boleros. El hombre declaró que no tenía ninguna intención de traficar con droga, pero que venía de una familia humilde, que atravesaba problemas económicos y que habían amenazado y chantajeado a su familia. Desesperado, había dado todo tipo de detalles a la policía y el agente se había quedado tocado, como me quedé yo también al oírlo.

Inmediatamente, lamenté la poca empatía que había sentido por él al conocerlo, condicionado como había estado por mis prejuicios. Le pregunté al policía qué creía él que le iba a pasar al paciente.

—Es difícil que pueda demostrar que su familia ha sufrido

amenazas y chantajes. La justicia decidirá. Muchas veces ellos mismos deciden no confesar ante el juez, por miedo a las represalias en su país.

La cirugía prosiguió sin mayores incidencias, el paciente se despertó y se recuperó. Yo pude ir a visitarle al día siguiente a planta. Nos dio las gracias. Estaba más tranquilo, su vida ya no corría peligro. Nunca supe nada más de él, espero que de verdad su vida y la de su familia no corrieran peligro.

18

Dejarlo todo

Dejarlo todo. ¿Cuántas veces he querido hacerlo? ¿Cuántas veces he pensado que había llegado al límite, a mi límite? ¿Que ya no podía compaginar la medicina pública, la privada, las clases, la tesis y todo lo demás? ¿Que vivir para trabajar no era vivir?

En mi tercer año como médico adjunto estaba harto. Vivía para trabajar. Compaginaba la pública, la privada, la academia... Los días parecían interminables y yo no podía dejar de quejarme cada vez que alguien se me acercaba a preguntarme que qué tal. Sin embargo, no hay nada como estar a punto de perderlo todo para apreciar lo que se tiene.

Los médicos sabemos mucho sobre cómo cuidar a los demás. Cuando un paciente entra a nuestra consulta y nos cuenta sus síntomas, rápidamente tratamos de elaborar un diagnóstico y buscar algún remedio para mejorar su salud. Pero, aunque nos sepamos tan bien la teoría, parece que todos esos consejos que damos enfundados en nuestras batas blancas se nos olvidan cuando el paciente somos nosotros mismos. Para entender la situación en mi tercer año de adjunto, hay que retroceder un poco más en el tiempo y volver hasta cuando empezaba la residencia de anestesia.

A los cinco meses de empezar la residencia empecé a superar el miedo inicial y a sentirme algo más cómodo. Parece que el temor a las agujas se había esfumado por fin y que poco a poco podía volar solo. Sobre todo, se iba borrando de mi cabeza la idea de que elegir anestesia había sido una mala elección. Sin embargo, aún era grande el estrés en el hospital. Tenía miedo a fallar, a coger mala fama, a no valer para ello. Después de las dudas sobre

si quería ser anestesista o no, llegaron las de si podía llegar a ser uno bueno. Una vez más, la presión, la ansiedad y la competitividad me atenazaban. Y a la lista de dudas y cambios se sumaba el hecho de que iba a mudarme con la que entonces era mi novia.

Recuerdo que todo empezó después de una guardia, y que era una guardia de jueves, de las más deseadas, como os dije antes. Yo tenía que empezar a hacer las cajas de la mudanza, pero aun así no había podido resistirme y había hecho planes para desconectar esos tres días. El viernes por la mañana, nada más volver a casa de mis padres, me puse a hacer un poco de deporte. Enseguida noté un crujido y un dolor fortísimo en la espalda. Al principio creí que sería algo muscular, un tirón o algo así. La guardia había sido dura y casi no había dormido. Pero el dolor crecía, tenía que ser otra cosa. Dejé de entrenar, cancelé los planes y me pasé ese día en la cama, muy rígido. A la mañana siguiente, la cosa había ido a peor y casi no me lograba mover. Agacharme, recoger algo del suelo o girarme eran tareas absolutamente imposibles. Nunca había sufrido un dolor similar. El lunes mejoré un poco, pero el pinchazo en la zona lumbar no solo seguía ahí, sino que se iba desplazando hacia la pierna izquierda. Y fue a más, según fueron pasando los días. Eso me hizo sospechar que podía tratarse de un problema en mi columna vertebral. La resonancia magnética lo confirmó: tenía una hernia discal lumbar L5-S1.

Visualicé el calvario que me esperaba. La anestesia es una especialidad muy física. Tenemos que agacharnos para intubar, coger vías, monitorizar, movernos continuamente por quirófano..., y yo no daba un solo paso sin dolor. Dolor, dolor, dolor.

Yo tenía un dolor neuropático —el más difícil de controlar, según los especialistas—[1] en la pierna izquierda, y en parte de la columna vertebral; un dolor que a veces no me dejaba ni respirar. Recorrer un pasillo del hospital era una tortura, como si mil cuchillas se me clavaran en la zona del glúteo y el muslo. De hecho, aunque al inicio podía disimular un poco y la gente pensaba que esos andares eran solo parte de mi chulería madrileña, desarrollé una cojera bastante característica. Pero en realidad el

dolor me incapacitaba mucho: mi madre tenía que ayudarme a ponerme los calcetines cada mañana.

A pesar de todo, lo que más me asustaba era solicitar la baja. La formación de anestesia son solo cuatro años y yo quería llegar a ser muy bueno. Si faltaba varios meses, me perdería partes de la rotación que podían resultar clave. Ese era el pensamiento que tenía en mi cabeza y solo ahora sé que no era el más acertado. No era, desde luego, lo que yo le habría mandado a alguien que entrara en mi consulta o a un residente que estuviera en mi situación. Ante una dolencia así, lo primero siempre es recuperarse, pero yo no quería ni oír esa opción. Cuando empiezas un trabajo, es fácil sentirse inseguro y yo no quería coger fama de blando. Ya me había mareado el primer día... ¿Ahora me iba a dar de baja a las primeras de cambio? No quería que la gente pensara que enfermaba con facilidad o que acabaría dando problemas. Sin embargo, la salud muchas veces no depende de uno mismo y lo prioritario es tomar las medidas necesarias para reponerse cuanto antes. No fue, desde luego, la decisión que yo tomé.

El dolor siguió aumentando hasta el punto de que perdí toda la fuerza de la pierna izquierda. Iba cojeando por el hospital. Ya nadie pensaba que era chulería. De nada servía que tratara de disimular. Después de dos o tres meses resistiéndome, me acabaron viendo algunos cirujanos y todos coincidían en que, estando así, no me quedaba otro remedio que operarme. Eso obviamente significaba un tiempo de baja.

Cuando ya tenía fecha de cirugía, seguía resistiéndome a darme de baja e incluso a operarme. Diez días antes de la intervención, en una guardia en la que estaba especialmente dolorido, Pedro (un adjunto de anestesia) me preguntó que por qué no me hacía una infiltración epidural. La verdad es que yo me había convertido en el vivo retrato del viejo dicho de que «en casa del herrero, cuchillo de palo». Las infiltraciones con epidural las realizan los anestesistas y son una de las medidas más efectivas para controlar el dolor neuropático producido por hernias discales.

—Pero ¿tiene sentido hacerme ahora la infiltración epidural? ¡Si en días me opero!

—Hombre, yo antes de operarme probaría a hacerme una epidural,[2] tengo muy claro el riesgo-beneficio.

Al acabar la guardia, antes de irme a casa, hicimos la infiltración. Y sí, estaba tan desesperado después de veinticuatro horas trabajando que pedí que me pincharan con una aguja de nueve centímetros cerca de mis nervios. El resultado fue increíble. Al día siguiente ya no sentía dolor, podía mover la pierna sin dificultad y parecía que recuperaba la fuerza. Pensamos que la mejora era solo el efecto inicial y que a los pocos días el dolor volvería, algo muy habitual en este tipo de infiltraciones. A la semana continuaba bien. Decidí llamar entonces al neurocirujano:

—Alberto, me hice una infiltración epidural hace una semana. Lo cierto es que voy mucho mejor. No me duele casi nada y estoy recuperando la fuerza.

—Tienes que saber que el efecto de las infiltraciones se suele acabar, David...

Yo sabía que me diría algo así: los cirujanos confían más en la cirugía que en la anestesia.

—Pero ¿me voy a operar justo ahora, cuando menos síntomas tengo...?

—Lo más probable es que los síntomas vuelvan, pero es cierto que si ahora no los tienes... Vamos a esperar un poco.

—¡Genial! —exclamé sin poder disimular el entusiasmo.

El dolor no volvió. Algunos días me vinieron leves molestias, sensaciones de calambre..., pero nunca como antes de la infiltración. Además, consciente ya de que tenía una hernia, tuve especial cuidado con mi columna y traté de evitar los movimientos bruscos y las cargas pesadas.

Después de aquellos días, puse más atención a los dolores crónicos, que son la parte terapéutica de mi especialidad —las otras dos son la anestesia y la reanimación—. En el hospital había oído a algunos de mis compañeros quejarse de que los pacientes con dolor crónico se vuelven un poco «quejicas» o que se sugestionan en exceso, pero el haber pasado de cerca por la experiencia me dio otra perspectiva. Este tipo de pacientes llegan a ti desesperados, después de pasar por numerosos especialistas y, ya

que a muchos no se les puede ofrecer una solución definitiva, hay que darles (al menos) una atención más especial que incluya el aspecto emocional además del puramente físico.

El dolor crónico te puede hacer perder la cabeza y el buen humor. Recuerdo aquellos meses como los peores de mi vida quizá: pasaba todo el día con molestias y no podía pensar en otra cosa que en el dolor. En aquel periodo decidí que, en algún momento de mi carrera profesional, me dedicaría a tratar a los pacientes con dolor crónico.

Pasé el resto de la residencia, así como los primeros años de adjunto, sin noticias de mi espalda, hasta que unos amigos con los que entrenaba en el gimnasio me pidieron que les hiciera una rutina de ejercicios para intentar fortalecer el abdomen. Recuerdo que era viernes. El verano se acercaba y, aunque quizá se hable menos de ella, los chicos también hacemos nuestra «operación bikini». Estábamos hablando de que íbamos a ir a cenar, pero sin beber alcohol; había que controlar las calorías. Yo les supervisaba los ejercicios al mismo tiempo que los hacía con ellos y, quizá por eso, hice un mal movimiento y noté un chasquido en el cuello. En pocos minutos, el cuello se me puso rígido y ya no pude moverlo. Pronto me di cuenta de que no pasaba nada bueno y paré el entrenamiento. Todos pararon también para ver qué me pasaba, porque mi cara era de auténtico terror.

Me pasé el fin de semana intentando recuperarme, buscando desesperadamente alguna postura donde me doliera menos. A las molestias se sumaban los fantasmas de lo que había pasado años atrás. El dolor rápidamente se extendió al hombro derecho, y desde allí no tardó mucho en afectar al resto del brazo. Fueron dos días horribles en los que, por más que lo intentara, no conseguí dormir absolutamente nada, ni siquiera una hora de reposo. En cuanto me tumbaba de nuevo, notaba esas malditas cuchillas en el cuello y en el hombro. No había duda alguna: algo malo pasaba.

Cuando el lunes por la mañana entré a trabajar, debía de tener un aspecto penoso porque enseguida mis compañeros se acercaron a preguntarme. Yo les conté lo que me pasaba y me hicieron un hueco rápido para una resonancia magnética. No

puedo decir que el resultado me sorprendiera. Una hernia en C5-C6 muy grande que podía implicar compresión medular. Cuando hay compresión de la médula hay que operar de urgencia, sin embargo, en mi caso las imágenes aún no dejaban claro al cien por cien que así fuera. Hablé con distintos neurocirujanos y estuvimos de acuerdo en seguir una pauta de corticoides para rebajar la inflamación y así poder ver mejor si habría o no compresión medular.

El tratamiento fue más duro de lo que pensaba: los corticoides me daban muchísima hambre, me provocaban acné, me disparaban la glucosa y me obligaban a hacer pis cada poco tiempo. A cambio, me aliviaban un poco el dolor que había llegado a volverse insoportable. Lo que no podía remediar este fármaco eran otros síntomas. No sentía el dedo índice ni el pulgar de mi mano derecha, y eso para un anestesista es un verdadero drama: me gano la vida con mis conocimientos, pero también con mis manos. Las uso para intubar, para coger y pinchar venas y arterias, para pinchar epidurales... ¿De qué servía una mano dominante que no tenía sensibilidad?

Además, me preocupaba la brutal pérdida de fuerza que había empezado ya a experimentar en el brazo. Apenas podía coger un tenedor. En vistas de esto último, varios cirujanos se fueron decantando por una operación de urgencia. Otros pocos eran más bien partidarios de tener paciencia y de esperar un poco, a ver si me recuperaba sin necesidad de quirófano. Pero a mí la paciencia se me estaba acabando porque no conseguía dormir por las noches, y además acumulaba ya varios días de baja. Una semana, dos... Estaba desesperado.

Al final me repitieron la resonancia y se evidenció que no había compresión medular. Buenas noticias. Sin embargo, podía apreciarse que en los discos donde no tenía hernias sí tenía protrusiones. Malas noticias. Así descubrí que tengo una discopatía genética en la columna que me hace ser muy propenso a las hernias. La cosa se iba volviendo cada vez más grave, pero yo no tuve conciencia de ello hasta que no vi a una radióloga especializada en resonancias magnéticas. En su consulta, me dijo:

—David, sinceramente, con esa resonancia podrías pedir la incapacidad laboral.

Se me vino el mundo encima. Aun así, hoy por hoy agradezco su franqueza. Sé perfectamente que no es fácil dar ese tipo de información.

—¿Cómo...? ¿Cómo que incapacidad laboral?

—Con ese tipo de lesiones he visto a mucha gente a la que le dan la incapacidad porque su desempeño en el trabajo puede verse lastrado por lesiones constantes. El lado bueno es que tendrías una pensión de por vida. ¿Tienes algún seguro médico que te cubra la baja?

—Sí.

—En ese caso, yo que tú seguiría esa vía. Con la espalda como la tienes, es posible que no puedas volver a trabajar. Aprovecha y mírale el lado positivo. Tu seguro te dará varios miles de euros; será un gran pellizco. Y te darán la incapacidad para ser anestesista, pero no para ser médico. Te va a tocar reinventarte.

Reinventarme. Yo, que había superado un barrio conflictivo, la adaptación a un colegio nuevo, la ansiedad constante en la universidad, los que en algún momento consideré los «mayores errores de mi vida», mis mareos con las agujas... ¿Ahora me tocaba reinventarme?

Me quedé roto. Los primeros años de adjunto en el Hospital Infantil habían sido muy duros para mí. Para la mayoría de los anestesistas, los niños son como ese personaje malo del final de los videojuegos: hay que ser especialmente cuidadosos con ellos, manejar a las familias, ser fino en las técnicas... Al acabar la residencia, quedó un puesto en infantil, ningún compañero lo quiso, y como yo era el recién llegado (o el recién contratado, ya llevaba cuatro años de residencia), me tocó a mí. Los comienzos fueron muy duros; cuando empiezas a ser adjunto de anestesia es lógico sentir vértigo. Y este vértigo se multiplica por diez cuando empiezas a serlo en el área infantil. A todos estos temores e inseguridades se suman que tus pacientes son niños: lo más delicado que hay. Cada mañana, cuando me sonaba el despertador pensaba: «Si fallas, hoy puede morir un niño en tus manos». Sé que

suena duro, y yo procuraba no pensarlo, pero esa responsabilidad era superior a mí.

Afortunadamente, con el tiempo, encontré una nueva familia en mis compañeros, que me acogieron con mucho cariño y me enseñaron muchísimo. Además, poco a poco me fui dando cuenta de que me encantaban los niños. Después de tres años, estaba convencido de que aquel era mi sitio. ¡Y ahora me lo querían quitar, me pedían que me reinventara...! ¿Qué vida me esperaba si a mis treinta años ya no podía trabajar? ¿Qué iba a hacer el resto de mis días? Todas estas preguntas me atormentaban día y noche.

Atemorizado, consulté a otros médicos que no vieron en mi resonancia un panorama tan oscuro. Aunque casi todos coincidían en recalcar que tenía que cambiar radicalmente de vida. No podía ir tanto al gimnasio, no podía trabajar así, no podía pasar tantas horas dando clase de pie, no podía trabajar en la sanidad pública y luego irme a seguir en la privada. Esa era mi vida, la vida de la que llevaba un tiempo quejándome con mi familia, mis amigos y mis compañeros; la vida que tanto me estresaba; la vida que, ahora lo veía claro, me encantaba y no quería perder por nada del mundo. Con ella era feliz, profundamente feliz. Solo que mis ansiedades a veces no me dejaban verlo. Pero la perspectiva de tener que renunciar a todo aquello me dio de pronto una repentina claridad. Quizá en el futuro fuera diferente, pero por el momento no quería descansar, tenía energías suficientes para aguantar el ritmo y, sobre todo, YO ERA FELIZ ASÍ. Solo que no me había dado cuenta hasta ahora. ¿Me permitiría mi espalda seguir siéndolo?

De momento, estaba claro que el dolor no se calmaba. Llevaba ya un mes en el que no había conseguido dormir más que algunas horas sueltas; en el que mi cara se parecía cada vez más a la de un zombi. No paraba de perder masa muscular y de acumular grasa por los corticoides. Pero sobre todo no hacía más que aumentar mi desesperación; sentía que cada día de baja me acercaba más a tener que abandonar la anestesia, los niños, lo que me hacía feliz... Y así fue hasta que me encontré con Gerardo.

Gerardo es un compañero del hospital que se dedica a tratar el dolor crónico en la privada. Desesperado, acudí a verle y me

recomendó que me hiciera una infiltración epidural cervical. ¿De nuevo la epidural sería mi salvación? El problema era que, aplicada en la zona del cuello, tenía muchos más riesgos.

Ya lo he explicado en otros capítulos: la epidural es una técnica que hacemos a ciegas. Cuando la hacemos en las lumbares, implica riesgos. La médula espinal acaba a nivel del tórax, así que, si nos pasamos un poco en la punción y provocamos una fuga de líquido cefalorraquídeo, le causaremos al paciente un bonito dolor de cabeza, pero poco más. Sin embargo, si al pinchar la cervical la aguja va más allá de donde debería, sí encontrará la médula. ¿Qué pasa si provocamos una lesión medular en el cuello? El paciente podría quedar tetrapléjico. Por eso la epidural cervical es una técnica que se reserva para circunstancias de extrema gravedad y que debe hacerse siempre por manos experimentadas. Yo nunca se la haría a un compañero de trabajo o a alguien a quien le tenga cariño.

Quizá Gerardo no me tenía mucho cariño. Aunque, más bien, pienso que estaba muy seguro de lo que hacía porque tenía muchos años de experiencia. El caso es que se ofreció generosamente a hacérmela y yo no dudé. El mismo día de la punción, mejoré de forma radical. Esa tarde dormí una siesta de cinco horas. Cuando desperté, no sabía ni cómo me llamaba. Poder tumbarme sin sentir el dolor que habitualmente me recorría el brazo era un lujo impensable una noche atrás. ¿El día más feliz de mi vida? Desde luego de los mejores, no exagero.

A las dos o tres semanas ya estaba pensando en reincorporarme al trabajo, pero mi situación empeoró. El dolor volvió a asomarse y yo entré en pánico. No podía concebir el volver a enfrentarme a semejante calvario. Gerardo decidió que lo adecuado era una segunda infiltración. Volvimos a afrontar el riesgo y volvió a salir bien.

Los dolores habían empezado en junio y en septiembre por fin la fuerza iba volviendo a mi brazo, además recuperé la sensibilidad en los dedos. Aunque no estaba recuperado del todo, decidí reincorporarme al trabajo. No aguantaba más. Seguía pensando que llevaba poco tiempo de adjunto y que si no me incorporaba

podía perder los conocimientos o la destreza ya ganadas.

Las primeras semanas fueron difíciles, aún tenía molestias. No me veía completamente bien. Pero no quería quejarme ni lamentarme; no podía mostrar debilidad otra vez. Por suerte, fui mejorando poco a poco.

Según fui tomando confianza, volví también al gimnasio y, en definitiva, recuperé mi vida tal como era antes: trabajo en la pública, en la privada, en la academia, entrenamiento... No fue fácil. Al principio, pedí ayuda a varios fisioterapeutas, monitores de pilates y algunos compañeros del gimnasio y empecé a entrenar con cargas muy bajas y programas progresivos. Tenía que reeducar mi cuerpo, volverle a enseñar a hacerlo todo de nuevo. Reemprender el cansancio, ahora que tenía claro que eso es lo que quería hacer.

Viéndolo ahora con perspectiva, la lesión llegó en el momento justo, y de la peor situación, extraje algo positivo. En el momento de la lesión ya había superado la ansiedad y los miedos de los inicios en infantil, pero esos sentimientos fueron sustituidos por el cansancio, el mal humor y el hartazgo de trabajar tanto. La lesión llegó en el momento adecuado para que me diera cuenta de que mi vida me encantaba y de que era feliz. Aunque a veces esté cansado o incluso agotado, soy muy afortunado. Porque hago lo que me gusta todos los días.

19

Una decisión en quirófano

Lejos de lo que vemos en series y películas, en los quirófanos no todas las decisiones son de vida o muerte. Hay muchas cirugías menores en las que los pacientes no están tan expuestos. Pero por poco que sea lo que hay en juego, todo lo que sucede entre esas cuatro paredes es importante, así que hay que trabajar extremando el cuidado. Por eso, a las complicaciones que ya de por sí pueden surgir en quirófano, conviene no añadir otras formas de presión. Aunque no siempre se consigue.

Estaba en el gimnasio cuando me llamó Luis, un otorrino excepcional y el cirujano con el que iba a trabajar al día siguiente. Es algo mayor que yo, pero desde el principio hicimos buenas migas: él también es del Real Madrid, así que solemos hablar de fútbol y otras cosas.

—David, perdona que te moleste.

—Tranquilo, solo estaba a punto de batir mi récord de dominadas —le dije de broma.

—Es la labor más importante de un médico: arruinar la diversión de los demás. Tú torturas a la gente con que tiene que hacer deporte, no beber y no fumar.

—¡Y tú me torturas con tus llamadas a deshora! Haciendo deporte, sin alcohol ni tabaco vivirás más.

—Sobre todo, se me hará más largo. Y hablando de que se haga largo... Te llamo porque el horario de mañana para el quirófano viene muy abultado.

—Suele ser así...

—Sí, pero a eso hay que sumarle que he tenido que añadir a

un paciente más. Es el hijo de una enfermera del hospital. El chico tiene muchas molestias para respirar y...

—No hay problema, no sigas.

—Lo único es que, para no suspender a ninguno de los niños que ya había programados, tenemos que estar listos desde primerísima hora. Tenemos el quirófano solo de ocho a tres y a esa hora en punto hay que dejarlo porque entran los de la tarde.

—¿No hay ningún otro libre?

—Nada. Ya lo he mirado. Habrá que ir lo más rápido posible.

—Lo más rápido, pero con buena letra.

En las operaciones con niños hay que ajustar mucho las ayunas: tienen que llegar sin haber comido nada en las últimas seis horas; si es leche materna, en las últimas cuatro; tampoco pueden haber bebido agua en las dos horas antes de la operación. A eso hay que sumar el estrés que supone para ellos y para sus padres, que además tienen que cogerse el día en el trabajo, organizar los cuidados de la salida, «colocar» con alguien a sus otros hijos si los tienen... Si después de todo ese proceso, te dicen que al final no ha habido tiempo para la operación, has pasado un mal trago para nada.

Entendí perfectamente lo que el otorrino quería decirme: máxima puntualidad, agilidad en los cambios y todo sin perder la concentración. Y ese fue el espíritu con el que fui a trabajar al día siguiente. Normalmente me despierto de bastante mal humor y tardo un rato en soltar la primera sonrisa; muchas veces, ese rato no llega hasta las doce del mediodía. Mis compañeros en general ya lo saben y me suelen dejar a mi aire hasta que «despierto». Pero esa mañana, quizá porque mi cuerpo ya se había hecho a la idea de que tocaba una jornada dura, estaba particularmente alegre. Y el universo parecía ponérmelo fácil: hacía bueno y con la moto me encontré todos los semáforos en verde. En nada llegué al hospital. Y allí me tocó con las dos enfermeras con las que mejor me entiendo. A pedir de boca.

De los seis pacientes que teníamos por delante, los dos primeros no presentaron ninguna complicación y pudimos recuperar algo de tiempo sobre la previsión. El tercero era el hijo

de la enfermera. Yo tenía cierta confianza con ella, y también con su hijo, al que había visto alguna vez fuera del hospital, así que me pidió que fuera yo el que le durmiera, para que el peque estuviera más tranquilo.

Teníamos que operarle de amígdalas y resultó que había estado acatarrado hacía poco. Si un niño ha estado con infección respiratoria, hay que dejar pasar al menos dos o tres semanas hasta la intervención quirúrgica. ¿Por qué? Pues porque ese pequeño catarro tiene mucho riesgo de acarrear complicaciones respiratorias graves y el niño puede acabar intubado en la UCI, incluso con secuelas que pueden llegar a ser mortales. Lo que pasa es que, aunque esas dos o tres semanas son las condiciones más convenientes para esta operación, a veces hay otros factores que enturbian el panorama.

El caso de este niño era un poco especial: presentaba varios cuadros de enfermedades respiratorias que ya le habían llevado a la UCI. Tenía unas amígdalas enormes y eso le causaba muchas amigdalitis de repetición.[1] Al final, los niños como este entran en un círculo vicioso: por culpa de esas amígdalas respiran fatal, y eso hace que tengan infecciones respiratorias constantemente, lo cual imposibilita que se les pueda operar, porque nunca pasan dos o tres semanas sin catarro, así que respiran cada vez peor.

Nada más entrar al quirófano, la madre nos lo aclaró:

—Han pasado apenas diez días del último catarro. Y además fue bastante fuerte. Pero ahora yo misma le he auscultado y sonaba bien.

En medicina tenemos protocolos muy estrictos, pero eso no significa que no haya margen para la interpretación y, claro, para el error. No todo es blanco o negro. Con ese niño estábamos claramente en una zona de grises. Y zona de grises significa que te asaltan mil dudas. Si no le operábamos, seguiría teniendo infecciones y catarros de repetición, que seguro irían a peor cada vez, y el peque podía acabar en la UCI, como ya le había pasado otras veces. Si le operábamos, solucionaríamos su principal problema, pero podíamos desencadenar graves consecuencias.

Las principales:

1. Que se cierre la vía aérea a nivel de la glotis y genere un laringoespasmo.
2. Que se cierren los pulmones y tengamos un broncoespasmo.

Dicho de forma más sencilla: las vías respiratorias se pueden cerrar muy arriba, a la altura de la laringe, o más abajo, a la altura de los bronquios. De una forma u otra dejará de entrar aire en los pulmones, lo cual, si no se corrige de forma rápida, puede ser mortal.

Luis me dijo que haríamos lo que yo considerara y me apremió a tomar la decisión cuanto antes. Yo le conocía bien y, más por lo que callaba que por lo que decía, podía deducir que, sin ser él particularmente arriesgado como médico, era partidario de operar. Su madre también nos dijo que, sabiendo que a ella no le tocaba decidir, prefería asumir los riesgos y tratar de ponerle fin al padecimiento del niño. Y finalmente las enfermeras del turno estaban divididas: una de ellas conocía a la madre y al peque, sabía lo mal que lo estaba pasando y se inclinaba por operarle ese día. La otra apenas tenía trato con ella y veía más los riesgos que las ventajas de intervenir; no llegó a decirlo abiertamente, pero yo veía que era más partidaria de suspender la cirugía. No obstante, la decisión final tenía que tomarla yo. Y es difícil tomar decisiones solo, con un niño de paciente mientras su madre y tus compañeros esperan.

Repetimos la auscultación y vi que era verdad que el niño estaba bien. Probablemente lo mejor para él era quitarle cuanto antes esas amígdalas.

Le expliqué a la madre los riesgos de nuevo:

—Está claro que ahora la auscultación está bien. Pero la infección respiratoria está muy cercana, ya sabes los riesgos que corre si le operamos.

—Lo sé, David, tú decides, me fío de tu criterio. Ya sabes que yo soy partidaria de operarle, pero lo que decidas bien decidido está.

—Valorando el beneficio-riesgo, lo mejor es operarle hoy. Pero tienes que saber que corre más riesgo de lo normal de sufrir complicaciones respiratorias.

—Lo sé.

Hice una pausa y, convencido de que aquella mujer comprendía los riesgos y estaba de acuerdo con seguir adelante, asentí de manera enérgica:

—Vamos a por ello. Y vamos a estar todos concentrados en que vaya genial.

La madre suspiró aliviada y me dedicó una gran sonrisa.

Cuando estábamos entrando a quirófano, Luis se me acercó y me dijo en un susurro:

—¿Estás cien por cien seguro? No quería que te vieras presionado por mí y por eso no dije nada...

—Te conozco y sé que tú opinas que hay que operarle.

—¡Pero no quería presionarte! —me dijo riendo.

—No lo has hecho, y yo también creo que lo mejor es operar. Aunque los dos sabemos los riesgos que estamos corriendo.

Entramos a quirófano, donde esperamos a que el celador trajera a la madre y al peque. Llegó solo un minuto después que nosotros.

Como siempre, acerqué una mascarilla a la cara del niño, le dije que inspirara y enseguida se quedó dormido. En cuanto cerró los ojos, la madre se echó a llorar. Es algo muy común: los padres contienen las emociones y, cuando ven que el pequeño ya no puede verlos ni oírlos, explotan.

—Perdonadme, es que estoy muy nerviosa.

—No te preocupes. Ahora tienes que salir del quirófano. Si quieres, dale un beso a tu hijo y mi compañero te llevará a la sala de espera. En cuanto acabemos, te avisamos. Y no te preocupes, te prometo que te lo voy a cuidar.

Me gusta acabar con esa frase: «Te prometo que te lo voy a cuidar»; creo que es una promesa de las que se pueden cumplir. Yo no puedo decir «todo va a salir bien», pero sí puedo asegurar que haré todo lo que esté en mi mano para que vaya bien. A fin de cuentas, los padres me dejan en quirófano lo más valioso que

tienen.

Una vez que la madre salió, la enfermera le cogió al niño una vía en la mano. A través de esta le puse la medicación para profundizarle más en el sueño. El fármaco que corre por la mascarilla me sirve para adormecerlo un poco, pero necesito que esté aún más dormido para la intervención. Al administrar los fármacos intravenosos el paciente deja de respirar, así que hay que intubarle para conectarle al respirador y que la máquina respire por el paciente. Este fue el momento en el que empezaron los problemas.

La vía respiratoria de los niños con este tipo de afecciones puede reaccionar ante el más mínimo estímulo. Al estar intubado, sus pulmones se cerraron y le provocaron un broncoespasmo grave: el aire no entraba en sus pulmones. El otorrino ya había empezado a operar y se detuvo inmediatamente.

—¿Qué hacemos, David? ¿Lo paramos? ¿Damos marcha atrás?

Parte del trabajo del anestesista consiste en transmitirle calma al cirujano. Este tiene que poder concentrarse en su tarea y nosotros garantizar que la situación le sea lo más cómoda posible.

—No pasa nada, seguimos.

—Amigo, contigo sé cuándo un paciente está mal por dos cosas. Primero, porque dejas de hacer bromas y te pones muy serio. Y segundo porque, no sé si te habías dado cuenta, pero tienes un tic: en cuanto la condición de un paciente empeora, se te pone una tosecilla que sueltas cada uno o dos minutos. Y acabas de empezar con ella.

Ese era el único lado malo de trabajar con gente con la que tienes mucha confianza: es imposible engañarlos. Ni siquiera un poco.

—Sí, está grave. Pero llegados a este punto, creo que es mejor continuar.

Pusimos distintos tratamientos broncodilatadores y el broncoespasmo mejoró. Luis es muy buen otorrino, tremendamente rápido, y eso siempre ayuda a la hora de manejar una situación problemática.

Terminada la cirugía, era hora de despertar al niño. Es otro momento crítico. Muchas veces comparo la anestesia general con pilotar un avión: al inicio está el despegue o intubación, un momento crítico en el que el paciente puede tener complicaciones graves. Durante el vuelo, hay un momento en el que se pone el piloto automático, pero hay cirugías o situaciones que nos hacen volver al estado de alerta, por ejemplo, un broncoespasmo. Al final, llega otro momento crítico: el aterrizaje o extubación. Hay que suspender los fármacos que estamos aplicando, pero no del todo. En niños queremos que el paciente recupere su ventilación espontánea, que respire sin ayuda del respirador, pero sin que despierte del todo. Preferimos que eso pase con sus padres al lado. Como podéis imaginar, el manejo es muy delicado, hace falta que el paciente se despierte un poco, lo suficiente para respirar solo, pero no mucho. No queremos que se entere de nada.

Además, en la extubación el tubo sale rozando las cuerdas vocales, que están en la laringe, lo que puede hacer que las cuerdas se cierren por completo y provoquen un laringoespasmo. Cuando esto ocurre, deja de entrar aire en los pulmones y el paciente puede morir en cuestión de minutos. En niños con infecciones respiratorias recientes, este laringoespasmo es mucho más frecuente.

Al poco de acabar la cirugía, vi que el paciente estaba en el punto perfecto: todavía profundamente dormido, pero ya respiraba por sí mismo sin ayuda de la máquina. Era sin duda el momento de extubar, y se cumplieron las peores previsiones.

En cuanto retiré el tubo, vi que el niño seguía intentando respirar, pero que nada de aire entraba en sus pulmones. La saturación empezó a bajar rápidamente. Estaba sufriendo un laringoespasmo.

Inmediatamente, iniciamos el tratamiento de este cuadro. A través de la mascarilla, intentamos meter aire a presión por las cuerdas vocales del niño. Como si las cuerdas fueran dos puertas automáticas cerradas y yo intentara abrirlas a la fuerza con aire. Muchas veces con este tratamiento es suficiente, pero aquí no funcionó. El laringoespasmo era muy grave y la saturación de

oxígeno en sangre seguía bajando, bajando, bajando...

En estos casos intentamos aguantar lo más posible sin volver a intubar al niño. ¿Por qué? Porque volver a intubar es volver a estimular las cuerdas, y después, cuando se retire de nuevo el tubo, nada te asegura que el laringoespasmo no vuelva a producirse. Así que intentamos aguantar administrando aire a presión en la vía aérea. Lo habitual es que las cuerdas se vayan abriendo, que poco a poco podamos bajar la presión con la que administramos el aire, y que finalmente las cuerdas se abran del todo. Pero nada funcionaba y la saturación no paraba de caer. El aire no entraba en los pulmones. El niño alcanzó cifras muy bajas, incompatibles con la vida. Si seguían cayendo, tendría una parada cardiaca por falta de oxígeno. Así que tuvimos que volver a intubar. Justo lo que quería evitar: estábamos de nuevo en el punto de partida.

Fue un momento muy angustioso. Todo el equipo empezaba a ponerse nervioso. Y ahí estás tú intentando transmitir toda la calma que puedes. Trabajando con las manos, administrando aire a presión. Pero sin dejar de pensar: ¿cuál será el siguiente paso?, ¿qué haremos si el paciente no mejora? La vida del paciente está en tus manos, sabes que tus compañeros te quieren ayudar, pero en ese instante no hay mucho que puedan hacer y sabes, sobre todo sabes que tú no puedes perder la calma. Sería fatal para el paciente y para el equipo. Pero ¿quién es capaz de mantener la calma mientras un niño no responde al tratamiento y se va muriendo ante tus ojos? La respuesta es fácil: nadie. Por eso un amigo mío anestesista, mayor que yo, siempre me decía: «Puedes perder la calma todas las veces que quieras, pero que no se note».

Sí, los anestesistas a veces también tenemos que ser actores.

Llegados a ese punto, el niño era una bomba de relojería: dependía de un tubo que no podíamos retirar. Además, el tiempo que había pasado sin ventilar durante el laringoespasmo no salía gratis: al volver a intubarle, vimos que la saturación de oxígeno tardaba en recuperarse y el dióxido de carbono (CO_2) tardaba en bajar. Introducir oxígeno y eliminar el carbónico es exactamente la función de los pulmones. El desajuste que había entre ambos era la prueba de que estos no estaban funcionando bien. Para

solucionarlo, había distintas maniobras que podíamos ejecutar, pero todas llevaban tiempo y ese era el otro gran dilema. El otorrino me preguntó:

—David, ¿no sería mejor trasladarlo a reanimación? Y allí, hoy o mañana, ya le extubamos. Eso le dará tiempo a él para mejorar y nos permitirá a nosotros acabar el parte quirúrgico.

Tenía razón. La principal ventaja de su propuesta era que, si quitábamos el tubo al día siguiente, posiblemente la inflamación de las cuerdas habría bajado y el niño tendría menos complicaciones. Además, eso nos permitiría acabar la jornada tan compleja que teníamos.

Vi claramente que esa era la opción por la que apostaba Luis; sin embargo, también había motivos en contra. La madre era compañera nuestra y no quería preocuparla más de la cuenta. Es angustioso que tu hijo salga intubado de una operación y que te digan que debe pasar la noche así. También para mí era un fracaso sacar a un niño en ese estado. Hay que pelear hasta el final para que el niño pueda salir del quirófano como entró. Eso siempre reduce los imprevistos y las complicaciones.

El problema era que, además de decidir qué hacer con el niño, había que pensar en la logística del día. Sacar al niño intubado y extubarlo en reanimación o quedarnos intentando optimizar al paciente y asumir que algún niño se quedaría sin su cirugía ese día. Luis volvió a preguntarme y le dije que lo mejor era quedarnos hasta poder retirarle el tubo. O, al menos, hacer un nuevo intento. En ese momento, ese niño era mi único paciente, los demás aún no estaban allí, y tenía que pensar en lo mejor para él, aunque eso supusiera un pequeño perjuicio para otros. A ellos los atendería igual de bien cuando llegaran a mis manos.

Aguanté unos minutos más con el paciente en quirófano: parecía que la saturación por fin mejoraba y habíamos conseguido lavar el dióxido de carbono. Administré distintos fármacos para evitar un nuevo laringoespasmo y pusimos la máxima cautela en cada paso. Me acordé de la promesa que le había hecho a la madre: tenía que cuidarle. Decidí que era el momento de retirar el tubo. Y pasó lo mismo: el niño intentaba respirar, pero no entraba aire en

sus pulmones. No podía ser. Otro laringoespasmo. Había aguantado mucho tiempo, había tomado todas las medidas posibles y, además, estaba retrasando a otros pacientes que tal vez ya no se podrían operar. Y no había servido de nada, porque ahí estaba el laringoespasmo. El niño estaba de nuevo en riesgo. Tenía que abrir esas cuerdas vocales como fuera. Empecé a administrar oxígeno a alta presión, pero nada. De nuevo la saturación caía y los nervios del equipo se disparaban... Y entonces, noté que algo de aire empezaba a pasar a sus pulmones. Las cuerdas se habían abierto levemente. Sin embargo, el aire era todavía muy poco, seguía sin ser suficiente para que la saturación remontara. Luis me preguntó:

—David, ¿no lo tendrías que intubar de nuevo?

Luis tiene mucha más experiencia que yo y es un otorrino brillante. Sin embargo, yo creía que lo mejor era aguantar. Notaba el aire entrando en sus pulmones, y confiaba en que la saturación no tardaría en subir. Lograr un equilibrio entre tener la humildad suficiente para escuchar consejos, pero, a la vez, la seguridad de confiar en tus decisiones es algo muy difícil, pero fundamental.

—Luis, creo que esta vez está un poco mejor.

—Pero, David... La saturación está aún más baja que la primera vez. Y la primera vez lo intubaste...

—Dame unos segundos, por favor.

—Tranquilo, David, confío en ti.

Supongo que, aunque no fuera verdad, me habría dicho lo mismo, pero esas palabras me dieron la seguridad que necesitaba en ese momento tan dramático. La saturación seguía muy muy baja, pero ya estaba decidido a seguir mi intuición. Solo necesitaba esos preciados segundos...

En esos momentos, siempre hay un silencio sepulcral en quirófano, solo se escucha el pitido del pulsioxímetro. Yo solo tengo ojos para mirar al paciente y al respirador. Y el resto del equipo solo tiene ojos para mí. De vez en cuando, cuando levanto la cabeza, puedo ver las miradas nerviosas que se echan entre ellos, sus dudas, que a la vez son las mías, sus miedos, mis miedos...

Por fin, la saturación empezó a subir poco a poco. El aire pasaba cada vez mejor y yo cada vez necesitaba menos presión

para introducirlo en los pulmones. Todo el quirófano respiró aliviado. Alguien incluso volvió a poner la música con la que llevábamos toda la mañana y que, en algún momento de la crisis, sin que me diera cuenta, se había quitado.

Pudimos trasladar al paciente a la URPA, la unidad de recuperación. Dormido y respirando por sí mismo.

Me quedé allí a esperar a su madre.

—¿Qué ha pasado? ¿Por qué habéis tardado tanto? —me dijo con lágrimas en los ojos.

—Sí, tuvimos complicaciones. Sufrió un broncoespasmo y un laringoespasmo grave. Ya sabíamos que esto era una posibilidad...

—¿Y cómo está ahora?

—Puedes comprobarlo tú misma. Está extubado, respirando por sí mismo y sin necesidad de oxígeno.

Es lo bueno de estos peques: pueden estar a punto de morir y, en menos de una hora, los ves comiendo y jugando con los padres.

—¿Cuánto tardará en despertarse? —me preguntó la madre.

—Pues no creo que tarde mucho...

Según decía esto, el niño abrió los ojos y le lanzó los brazos a la madre, que se tiró también a abrazarle.

Quiso la suerte que un quirófano se liberara antes de tiempo y pudiéramos meter ahí a otro de nuestros pacientes. Luis operó allí a otro niño y así pudimos acabar nuestro quirófano sin tener que suspender ninguna cirugía.

Del quirófano salí con cierto mal sabor de boca. Sabía que Luis confiaba en mi criterio, pero le había notado agobiado, incluso molesto con cómo se había resuelto el caso. Pero al ver al niño en la URPA, respirando de forma autónoma y en brazos de su madre, en lugar de pasar toda la noche intubado mientras ella lo velaba al pie de la cama, me dije que habíamos hecho bien.

Por la noche, me llamó por teléfono:

—¿Te pillo bien?

—Tranquilo, estoy en casa.

—Te quería dar las gracias por lo de hoy. La verdad es que estaba agobiado con acabar el parte y no suspender nada. Pero no sabes lo aliviado que me siento al haber dejado al niño extubado y

en brazos de la madre. Si estuviera intubado...

—Estarías agobiado tú, yo y, sobre todo, su madre. Por suerte, todo ha ido bien.

—Bueno, por suerte y por nosotros.

—Yo prefiero tener a la suerte siempre en mi equipo.

—Lo dicho, David, claramente has decidido lo mejor, así que perdona si te he atosigado en algún momento.

—Tranquilo, ya sabes que los médicos arruinamos siempre la diversión. No es por carácter, solo es nuestro trabajo.

—¡Qué cabronazo eres! —me dijo mientras nos reíamos.

20

Crónica de un confinamiento anunciado

Sábado, 7 de marzo de 2020

Siempre voy tarde a todos los sitios, pero ese día me confundo de hora, y me sobra el tiempo. Es la boda de la hija de un compañero del Hospital Infantil. Con el traje ya puesto y a punto de salir me da por comprobar la invitación y me doy cuenta de mi error: tengo todavía una hora y pico. Llevo unos días rumiando toda la información que llega sobre el covid-19, así que decido aprovechar y grabar un vídeo. Supongo que en el futuro alguien elaborará alguna teoría conspiratoria sobre por qué iba arreglado como para una boda en mi primer vídeo sobre el tema, pero el motivo real es ese: *iba* a una boda y me dio pereza cambiarme para volver a vestirme luego.

El vídeo queda especialmente largo y lo tengo que dividir en dos: ahora ya sabéis el motivo por el que salgo en traje y corbata en los primeros vídeos del covid-19. Como siempre, la verdad se acaba imponiendo y pronto aparecieron mis camisas horteras.

La boda se celebra con total normalidad, con la normalidad de inicios de marzo de 2020 que ahora nos resulta tan poco normal: mucha gente, besos, abrazos y hasta conga. Probablemente de esa boda salieran otras después. Lo que nunca he llegado a saber es si de esa boda surgió algún contagio con sus posibles dramas asociados. Bueno, la boda es normal, salvo por un detalle atípico: desde el cóctel, el covid-19 ya está presente entre los temas de conversación. Siete u ocho compañeros anestesistas, todos muy experimentados, están hablando del tema y yo acabo diciendo que

estoy ya un poco aburrido:

—Nos tendrá que tocar vivir alguna pandemia que mate a mucha gente y cambie nuestra vida, pero estoy seguro de que esta vez no es.

«Estoy seguro de que esta vez no es.» Qué poco tardaría la realidad en recordarme lo bocazas que soy a veces y que mi intuición puede ser una auténtica escopeta de feria. El David del futuro se hubiera burlado de mí de no ser porque estaba demasiado ocupado atendiendo pacientes con covid-19 como para andar riéndose.

La boda sigue con normalidad. Lo único un poco extraño es que el anestesista que se sienta a mi lado en el banquete me dice que la comida no le sabía bien y que llevaba con anosmia[1] quince días.

Domingo, 8 de marzo de 2020

Resaca. Ya he dicho que fue una boda normal, con sus copas y su fiesta. Demasiadas copas para un hígado poco entrenado como el mío.

Hoy por hoy, esa sigue siendo la última vez que bebí y bailé como un loco.

Lunes, 9 de marzo de 2020

Tengo guardia en el Hospital Infantil. Al poco de entrar, empiezan a llegarnos noticias preocupantes del Hospital General —que está a solo una calle—: se disparan los ingresos, plantas cerradas en exclusiva para pacientes covid-19, UCI al borde del colapso.

En el Hospital General las camas de críticos están muy bien divididas: hay veinte camas de críticos para la UCI, que son los

pacientes que antes no han tenido una cirugía, y casi cuarenta camas de críticos de anestesia, para los pacientes que vienen del quirófano en estado crítico. El paciente covid-19 es un paciente de UCI y no de anestesia, pero pronto la UCI empieza a llenarse con estos pacientes... y tenemos que derivarlos a otras unidades, en este caso, las de anestesia.

La situación me parece surrealista. Algo en mí sigue diciendo que no puede ser verdad, que el virus no puede ser tan grave, a pesar de las noticias que llegan desde Italia pidiéndole a la gente que se quede en casa. Yo he vivido en Italia, conozco el carácter exagerado de los italianos y lo atribuyo un poco a eso. Para comprender mejor la situación, me decido a llamar a uno de mis amigos médicos de allí. Su relato es escalofriante. Parece sacado de una película de ciencia ficción o de terror. Me dice que han convertido la cafetería del hospital en una unidad de cuidados críticos, que en los quirófanos hay pacientes enganchados al respirador porque no quedan respiradores suficientes en las unidades de críticos, que están desesperados, cada día ven morir a muchas personas y la ola de contagios no para de crecer. Yo me quedo helado. Empiezo a tener auténtico miedo.

Completo la guardia con normalidad, de momento el Hospital Infantil está libre de casos covid-19. Me digo que tenemos que prepararnos para algo grande. Pero todavía no tenía ni idea de lo que significaba *grande*.

Martes, 10 de marzo de 2020

A las ocho de la mañana acaba mi turno de guardia. La noche ha sido buena y he podido dormir unas cuatro horas. Según llego a casa, me pongo a leer noticias sobre el covid-19. En algunos medios aún se tratan las noticias con humor. Piensan que ahí fuera se está exagerando. No los culpo: hace tres días, literalmente tres días, yo estaba igual.

Me pongo a buscar todos los artículos científicos disponibles sobre el tema, me da la sensación de que pronto me voy a tener que enfrentar a un paciente con esta infección. Esta vez, mi intuición no falla.

Miércoles, 11 de marzo de 2020

Llego al hospital a las ocho de la mañana. Tengo una cirugía programada, pero me dicen que la noche ha sido un auténtico drama: Urgencias saturada, la UCI saturada, la planta a punto de estarlo... La situación está fuera de control. Se suspenden las cirugías programadas. En algunas cirugías tenemos un porcentaje de posibilidades de que vaya mal y el paciente acabe en la unidad de críticos; en otras, ese paso es seguro. Y no, ya no tenemos espacio ni margen de error. Hay que suspender las cirugías porque, si algo va mal, no tenemos dónde llevar a los pacientes. Los anestesistas del Infantil nos acercamos al General a echar una mano.

Cuando llego a casa, decido grabar un vídeo contando lo que estamos viviendo en el hospital, el vídeo de las famosas olas. Hoy tiene cuatro millones de reproducciones. Ahí digo que tenemos dos mil casos y que va a haber muchos más —el David del futuro me diría: «Iluso, llegarás a tener dos mil casos por día»—, que el virus afecta menos a la gente joven, pero que igualmente tenemos que quedarnos en casa por solidaridad, que el hecho de que no queden camas de críticos nos hace vivir en una ciudad un poco menos segura, que si tenemos apendicitis o un accidente sería difícil que nos cuiden, y cuento también que en Italia ya están teniendo que elegir pacientes, lo cual era un drama que, como médico, no quiero tener que ver. Le pido a todo el mundo, por favor, que no salga a la calle.

Jueves, 12 de marzo de 2020

Vuelvo a estar de guardia. El vídeo se ha vuelto viral y me llaman de todas las radios y televisiones, pero yo estoy trabajando y no puedo atender a los medios. Honestamente, tampoco quiero. Me da un poco de miedo que el vídeo fuera demasiado catastrofista o sensacionalista y que le haya pedido a la gente que se quede en casa por una gripe. Estoy seguro de lo que estoy viendo, pero como médico me gusta transmitir calma y tranquilidad, no amenazar con una posible tragedia. El David del futuro me vuelve a mirar con sorna.

El ambiente en el hospital está muy crispado. El miedo está escrito en las caras de todo el personal. Las noticias que llegan del General son alarmantes: altas precipitadas para poder acoger a más personas, pacientes con covid-19 llenando las camas de críticos, plantas enteras para covid-19 y el caudal de ingresos en Urgencias que no cesa.

Viernes, 13 de marzo de 2020

Saliente de guardia. Me toca trabajar en la privada. Allí, por lo general, no se hacen cirugías urgentes; son programadas o que se pueden demorar —que se pueden hacer ese día, pero no pasaría nada por hacerlas más adelante—. Ese día ya no viene prácticamente nadie: la gente tiene miedo a acudir al hospital.

Un cirujano que trabaja en el hospital de Torrejón nos enseña una foto de allí.[2] Vemos la unidad de críticos completamente llena y los carteles de diagnóstico de cada paciente: neumonía bilateral por covid-19, neumonía bilateral por covid-19, neumonía bilateral por covid-19. El miedo se dispara.

Sábado, 14 de marzo de 2020

Valencia ya ha cancelado las Fallas. Sevilla suspende la Semana Santa. Madrid cierra parques y jardines.

Las noticias del hospital cada vez son peores, mi jefa escribe un wasap en nuestro grupo de anestesistas del Infantil. Nos pide que estemos pendientes del móvil, puede que durante el fin de semana se necesiten refuerzos en el hospital.

Domingo, 15 de marzo de 2020

El clima de tensión se aprecia en cada noticia, en cada informativo. Ya no se hacen bromas con el tema. El presidente del Gobierno, tras un consejo de ministros extraordinario, decretó el estado de alarma y el confinamiento de todo el país.

Empieza a circular una cadena de wasap que propone salir a los balcones a aplaudir a las diez de la noche,[3] como homenaje a los sanitarios y como forma de apoyarnos los unos a los otros.

Parece que mi vídeo de tres días atrás no era tan catastrofista. Sin embargo, sigo recibiendo amenazas de muerte y de todo tipo a través de las redes sociales: me llaman *asustaviejas,* me acusan de estar intentando engañar a la gente, de tener intereses en el asunto.

El negacionismo que llegaría a encarnarse en una manifestación en nuestras calles empezaba ya a hacerse notar en formas bastante agresivas. De nada sirve que veamos morir a gente cada día, que el hospital esté colapsado o que los sanitarios sintamos pánico... Lo mejor que tienen los negacionistas es el nombre: ellos solo niegan y restan, no suman.

Lunes, 16 de marzo de 2020

Es el cumpleaños de mi hermana pequeña y es el primer día que se hace efectivo el estado de alarma. Acudo al Hospital Infantil. Aunque se habían suspendido los quirófanos, sabía que seguramente habría trabajo que hacer. Allí, recibo una llamada de mi jefa:

—David, en el General no damos abasto, necesitamos todo el refuerzo posible. Tienes que empezar a trabajar en las unidades de reanimación covid-19.

—Claro. ¿Cuándo sería?

—Ya. Mañana mismo.

Nada más colgar, me entra el vértigo. ¿Y si no estoy a la altura? Yo estaba acostumbrado al paciente crítico pediátrico, que no tenía nada que ver con los adultos. Poco después los anestesistas nos daríamos cuenta de que, aunque llevábamos un tiempo sin trabajar en ello, éramos los que más formación teníamos en pacientes críticos.

Los de Infantil estamos tensos ante lo desconocido: ¿cómo nos recibirían el resto de los médicos?, ¿podríamos ayudarlos o seríamos una carga? Y también, claro, ¿nos contagiaremos? Yo llevaba varias tardes estudiando el covid-19, pero la información que había era muy poca: ¿se trataba de una gripe un poco chunga o podía llegar a ser como el ébola? En ese momento, no tenemos apenas PCR ni otras pruebas diagnósticas. Eso hace que solo diagnostiquemos a los pacientes más graves y que las cifras de mortalidad, por tanto, sean altísimas. Intuimos que se debe a que hay mucho enfermo sin diagnosticar, pero no estamos cien por cien seguros. El miedo a enfermar o algo peor estaba presente; parece que el covid-19 te destroza los pulmones. Y yo soy asmático y me han operado varias veces del pulmón izquierdo.

Así que sí, esos primeros días se pueden definir con la palabra *miedo*.

Miedo. Miedo a contagiarnos. Miedo a contagiar a nuestros seres queridos. Miedo a contagiar a mi novia, con la que vivo, miedo al ver las camas llenas y los hospitales desbordados. Solo espero no volver a ver algo como esto.

21

La noche más dura

La noche antes de mi primer día en la Unidad de Críticos del Hospital General me asaltó la misma sensación que antes de los partidos de fútbol, que antes de los exámenes, que antes de mi primer día de trabajo: una ansiedad que me agarrotaba el pecho y no me dejaba pensar con claridad. Lo único bueno era que, a esas alturas, ya me conocía mejor y sabía que, una vez empieza la acción, la ansiedad deja paso a la confianza. Así que la noche antes intenté dejar pasar todos los pensamientos angustiosos apoyándome en que, al final, la gente con la que iba a trabajar eran todo caras conocidas. La mayoría habían sido mis adjuntos cuando era residente; incluso estaba allí Roberto, mi residente mayor, que me había ayudado a superar los mareos con las agujas. Con eso conseguí contener los miedos y conciliar el sueño.

En pocos días, *epi* dejó de ser para mí la abreviatura con la que nos referíamos entre compañeros a la epidural y pasó a ser la forma de llamar a los equipos de protección individual. Aprender a ponérnoslos y quitárnoslos era una parte fundamental de nuestra nueva rutina. Esos primeros días me pegué a Roberto. Él me enseñó el manejo de pacientes críticos adultos y, al poco tiempo, conseguí adaptarme. A fin de cuentas, todos los pacientes tenían los mismos síntomas y las mismas complicaciones. Ese era el lado bueno. El lado malo era que la mayoría evolucionaba mal y no lográbamos entender las causas detrás de los pocos que mejoraban.

Los turnos empezaron siendo de doce horas: entrabas a las ocho de la mañana y salías a las ocho de la tarde. Otros compañeros hacían el turno inverso, de ocho de la tarde a ocho de

la mañana. Este último turno era más duro por ser nocturno, pero yo me ofrecí porque tengo insomnio y no me cuesta demasiado trabajar en ese horario. Mi primera noche en el General fue sin duda la más dura de la pandemia.

Las unidades de críticos estaban completamente desbordadas, teníamos que instalar nuevas unidades de críticos donde se pudiera. Esa noche se planteó la posibilidad de hacerlo en la biblioteca del Gregorio Marañón. Solo la idea ya era delirante, más propia de una película de zombis que de la realidad que conocíamos hasta entonces. Pero es que la realidad había pasado a ser eso: algo desconocido. Por el momento, conseguimos abrir una unidad con dotación para diez pacientes covid-19, y se mandó a un grupo de médicos de reanimación —yo entre ellos— a cubrirla.

Nuestra función era ir llenándola con los pacientes de las plantas o de Urgencias que necesitaran atención en críticos. Para eso necesitábamos que alguien tuviera el busca que usaban para contactarnos. Como yo era el que menos experiencia tenía en críticos y, por lo tanto, el que menos podría ayudar en la unidad, me lo asignaron a mí. Pronto nos dimos cuenta del error: hubiera sido mejor que la persona más experimentada llevara el busca, pero es que no teníamos ni idea de lo que nos deparaba la noche.

Según me hice con el aparato, antes de haberme puesto siquiera mi EPI, empezó a sonar. Me llamaban de todas las plantas para que fuera a valorar si podíamos trasladar a los pacientes a nuestra unidad. Se había corrido la voz por el hospital de que esa noche se abría una nueva unidad de críticos y todos querían ingresar allí a sus pacientes. Es algo típico de los médicos: pensar siempre que nuestro paciente es el que peor está, el prioritario y el más urgente. Supongo que tiene que ser así para que funcionen bien las cosas.

Lo cierto es que los compañeros no daban abasto por la cantidad de gente que había en estado crítico y nosotros éramos su única escapatoria. El problema es que nuestro espacio era limitadísimo y me correspondía a mí tomar la decisión de quiénes podrían acceder a la unidad y quiénes no. Es, seguro, uno de los peores dilemas a los que se puede enfrentar un ser humano. ¿Qué

paciente tiene más posibilidades de sobrevivir? ¿Cuáles son los datos objetivos para valorar esto? ¿Qué pasará con los que no cumplan los criterios para ingresar en nuestra unidad? ¿Los estaremos condenando?

Muchas preguntas me asaltaron al empezar la noche, pero no había tiempo para las respuestas: nada más iniciar el turno ya teníamos dos camas ocupadas. Yo empecé a recorrer el hospital atendiendo a las llamadas. En cuanto llegaba a una planta para ver a un paciente, me decían:

—Por favor, echa un vistazo también al de la habitación 10, pero también a los de las habitaciones 15 y 20.

Todos los pacientes estaban gravísimos, así que tuvimos que establecer unos criterios terribles pero firmes; en realidad, muy sencillos: ingresar en críticos a los pacientes con más posibilidades de sobrevivir gracias a la intubación u otras terapias invasivas. El problema era que no paraban de llegar pacientes y eso hacía que los criterios se volvieran cada vez más restrictivos.

Hubo un momento en el que me hablaron de un paciente de setenta y dos años, hipertenso y diabético, y me sorprendí diciendo que con esos criterios veía muy difícil poder ingresarlo. Enseguida me puse a pensar: «Este paciente podría ser mi padre». Mi padre es un hombre de setenta y un años, hipertenso, diabético y que corre diez kilómetros todos los días; su esperanza de vida es buena. Y sin embargo teníamos que priorizar, ingresar a pacientes aún más jóvenes, pacientes que no tuvieran ninguna enfermedad.

En la sanidad pública intentamos tratarlo todo a toda costa, a veces incluso peleamos demasiado por algunos pacientes. Con esa mentalidad, apenas una semana atrás estábamos en quirófano para la cirugía cardiaca de un niño con muy pocas opciones de sobrevivir, empleando todos los medios que podíamos para intentar salvarle. U operando a un paciente de más de ochenta años que había tenido una rotura de la aorta, para intentar ponerle una prótesis cuyo precio era de miles de euros, con muy pocas opciones de éxito y sin que nadie se hiciera preguntas al respecto. En unos pocos días el panorama era completamente diferente: ahora nos tocaba valorar, elegir, priorizar. Nuestras convicciones

éticas saltaban por los aires porque no nos quedaba otra. Y teníamos que negarle recursos a un paciente de setenta y dos años hipertenso y diabético que podía ser mi padre, como seguramente lo fuera de alguien.

Al principio llevaba unos folios donde apuntaba síntomas y datos del historial de los pacientes, pero el ritmo era tal que a las diez de la noche tuve que buscarme una libreta más grande porque allí no quedaba ya hueco para escribir. Seguramente por la mañana conseguirían abrir alguna nueva unidad de críticos, pero esa noche ya era imposible: aún tenía por delante diez horas de turno y solo me quedaban siete camas. Además, los respiradores empezaban a escasear e íbamos muy cortos de personal.

Para los pacientes, la perspectiva era muy cruda: nosotros los informábamos de que estaban muy graves y de que los íbamos a llevar a la UCI. Ahí los dormiríamos, pero nadie podía saber si volverían a despertar y todo eso lo enfrentaban solos. Por las medidas para evitar contagios, los pacientes estaban solos en la planta. Llegaban a Urgencias acompañados por sus familiares porque se encontraban mal, ahí se separaban de ellos y, por desgracia, esa despedida en muchas ocasiones era para siempre. Los pacientes ingresaban en urgencias, unos en planta, otros en las unidades de críticos, y todo esto lo hacían solos, sin un ser querido que les agarrara la mano, les diera una palabra de consuelo o les hiciera una broma tonta. Nosotros hacíamos todo lo que podíamos por seguir peleando, pero eso no podía consolarlos. Estaban asustados y desconsolados y frente a eso no podíamos hacer nada. Era durísimo. Durísimo.

Hoy sabemos mucho de este virus, pero en aquel entonces para nosotros se comportaba de forma muy rara. La saturación normal de una persona es entre el 95 y el 100 por ciento. A veces, por distintas afecciones respiratorias —neumonía, EPOC...— esa cifra puede descender: por debajo del 90-85 por ciento, los pacientes se ponen mal, sienten que se ahogan y pueden incluso perder la cabeza. Pero el coronavirus no funciona así: teníamos pacientes saturando al 80 o al 75 por ciento sin esa sensación de disnea.[1]

Mateo, el cuarto paciente al que decidí bajar a la unidad de críticos, tenía sesenta y cuatro años y ninguna enfermedad, tan solo algo de sobrepeso. Su respiración estaba muy apurada y saturaba al 70-75 por ciento; él sí sentía que se ahogaba. Con su historial, no dudé que había que trasladarlo.

Le expliqué a Mateo lo que íbamos a hacer y le dije que podía llamar a su familia mientras yo iba preparándolo todo.

—Puedes decirles que estén tranquilos, que vamos a cuidar de ti y que seremos nosotros los que los llamemos en los próximos días para contarles cómo evolucionas.

No podía evitar ponerme también en el papel de las familias, encerradas en casa, viendo noticias horribles por la tele y agarradas al teléfono. Y de vez en cuando tu ser querido te llama fatigado, casi sin voz, para darte novedades. Y una noche a las once te llama y te dice que le van a dormir y a intubar y que de ahí en adelante serán los médicos quienes llamen. Es un panorama desolador, que no le desearías a nadie.

Yo estaba delante cuando Mateo llamó a su familia. Intentó ser positivo y luego me pasó el teléfono para que yo también los tranquilizara. Con el EPI puesto no era fácil, pero me las apañé para decirles que haríamos lo imposible por que Mateo saliera adelante cuanto antes.

Cuando estábamos bajando, desde la camilla, Mateo me dijo:

—Doctor, tengo miedo. Tengo una nietecilla que es... es lo mejor de mi vida. Y tengo unas gallinas, no sé quién les va a dar de comer.

Me emocionó que, en una situación límite, lo que más le preocupara a Mateo fuera cuidar: cuidar de su nieta, cuidar de sus gallinas.

—Tranquilo, Mateo, ahora somos nosotros los que te vamos a cuidar a ti.

Al quitarle la mascarilla, vi que tenía un poco de retrognatia, es decir, la barbilla un poco metida hacia dentro y dificultad para abrir mucho la boca. ¿Qué significa esto para un anestesista? Complicaciones para la intubación. La intubación difícil es uno de los grandes miedos del anestesista porque es la principal causa de

mortalidad y de morbilidad en nuestra disciplina. Además, estos pacientes tienen una reserva de oxígeno muy baja: si te demoras en la intubación, pueden llegar a tener una parada cardiaca.

Alerté al equipo de que podía ser una intubación difícil y me ofrecí a intubarle yo. Afortunadamente, no fue tan costosa como había previsto: vi el tubo entrar a través de su tráquea a la perfección. Sin embargo, la saturación de Mateo bajó y se quedó en torno al 30 o 40 por ciento, niveles que no son compatibles con la vida. Ni siquiera conectado al respirador los índices subían. En el equipo hubo quien empezó a ponerse nervioso:

—No está bien intubado. El tubo debe de estar en el esófago y por eso la saturación no sube.

Todo hacía pensar que esa era la situación. Sin embargo, yo había visto el destino del tubo y defendí que ese no era el problema.

—De verdad, el tubo está en su sitio. Si lo sacamos ahora, el paciente no va a oxigenar nada y entrará en parada —dije.

Lo ideal hubiera sido tener un respirador con capnografía, que mide el CO_2 que espiramos. Si en el respirador empieza a aparecer capnografía quiere decir que hemos intubado bien. Si no, suele ser porque el tubo está en el esófago. En ese momento de la pandemia, no teníamos ningún capnógrafo disponible.

Estaba seguro de que el tubo había entrado en la tráquea, y de que la causa de la desaturación era que tenía los pulmones destrozados y estos tardaban un tiempo en adaptarse a la ventilación mecánica. Sin embargo, es difícil estar seguro de algo cuando compañeros igual de buenos o mejores que tú tienen otra opinión, el paciente no mejora y sabes que tienes solo segundos para reaccionar. En esos momentos, te asaltan las dudas.

Por suerte, muy poco a poco la saturación fue subiendo. El tubo estaba en su sitio.

—¿Qué tendrán estos pacientes en los pulmones para que estén tan destrozados que la saturación caiga hasta el 40 por ciento? —nos preguntábamos.

Nada más terminar la intubación de Mateo, el busca volvió a sonar. Esa noche fue una locura: intubé hasta a seis pacientes, cogí

seis vías centrales... Fue mucha tensión sostenida todo el tiempo. Hacia el final del turno, me senté unos instantes. Era mi compañera la que iba a intubar al próximo paciente, pero se mareó y empezó a vomitar dentro del EPI y de la mascarilla. Era una escena de terror. En sus ojos podía ver la desesperación, también el miedo a quitarse la mascarilla por si se contagiaba en la unidad. El nivel de miedo llegaba hasta ese punto: ponerte a vomitar en una mascarilla y no quitártela de inmediato por pánico al contagio. Esa misma noche ya tuvimos claro que todo lo vivido nos iba a dejar cicatrices en la mente y en el cuerpo.

A la salida agradecí ver la luz del sol. Decidí no coger la moto para volver a casa. No fue por el cansancio, pues estoy acostumbrado a conducir saliente de guardia y, a fin de cuentas, mi casa está muy cerca. No la cogí porque sabía que, si me pasaba algo, cualquier cosa, no había camas de críticos en mi hospital y posiblemente tampoco en ningún otro. No podía permitirme ningún desliz.

Llegué a casa exhausto, pero con la cabeza todavía a mil por hora. La última paciente a la que había intubado era una mujer de veintiséis años que acababa de dar a luz y a la que el covid-19 había golpeado con fuerza. Ya se empezaban a ver jóvenes afectados. ¿Cuáles eran los factores de riesgo del bicho? Nos daba la sensación de que la obesidad era uno de ellos, muchos pacientes tenían sobrepeso u obesidad importante. La edad también, claro, pero nada de esto aclaraba del todo lo que estábamos viendo. ¿Por qué algunos jóvenes estaban tan graves? ¿Tenía que ver el embarazo? ¿Y el asma? ¿Y las enfermedades de pulmón? Yo soy asmático y ya me habían operado del pulmón. ¿Acabaría intubado? Muchas incógnitas, muchas imágenes en la cabeza y poco tiempo para descansar.

Al día siguiente aproveché desde por la mañana para investigar un poco. Busqué artículos sobre todo de médicos chinos e italianos, que eran los que más sabían, para ver cómo estaban tratando a sus pacientes. Parecía que lo que mejor funcionaba eran los corticoides. ¿Y qué pacientes eran los más afectados? Hipertensos, diabéticos, obesos y asmáticos. Si esto último se

confirmaba, ¿yo era un paciente de riesgo? ¿Iba a tener que exponerme a diario a un riesgo de infección que podía ser mortal? No era fácil de asimilar, pero tampoco había muchas opciones, así que traté de no darle demasiadas vueltas. Hoy en día, sabemos que el asma no es un factor de riesgo importante.

Cuando volví al hospital, habían abierto una nueva unidad donde me tocaba quedarme. Afortunadamente, los compañeros eran excelentes: un grupo muy acostumbrado al trabajo cardiaco en adultos y luego otro, más reducido, que veníamos de Infantil, más jóvenes, pero muy acostumbrados a trabajar juntos. Hicimos un equipazo espectacular, apoyándonos mucho a pesar de la tensión y a pesar de que, en nuestra unidad, justo por ser la última en abrirse, recibíamos a los pacientes más críticos. Aun así, nunca he trabajado con un equipo humano tan unido y, a pesar de todo lo malo, pasamos buenos momentos juntos.

Una de las últimas pacientes en ingresar ese día fue Irene, una mujer de setenta y cinco años. Pudimos ingresarla porque tenía muy pocos antecedentes personales, aunque en ese momento a nivel respiratorio se encontraba muy muy débil. Yo era el responsable de hablar con su hija, que siempre me cogía el teléfono con un buen humor y una resistencia sorprendentes. Incluso tenía palabras de ánimo o afecto para nosotros. Hablé con ella durante tres semanas. Al final ya nos despedíamos con «un beso» o «un abrazo» porque, incluso en esas circunstancias, y sin verse, una cierta familiaridad se abría paso. Hubo varios días en los que el estado de Irene empeoró severamente y temí tener que llamar a su hija para darle la peor noticia, pero salió adelante.

En aquella unidad aprendí de todo: aprendí a manejar mejor al paciente crítico, aprendí a pelear cada detalle, aprendí a ser más paciente... Y me hice a lo de informar a las familias por teléfono, que no era nada fácil porque yo estaba acostumbrado a los recursos que tenemos para comunicar cuando estamos frente a frente. Cuesta más ser cercano y resultar empático con gente con la que no te has visto nunca y no tienes más que el hilo de tu voz. Esa llamada era la que podía darles esperanza o dejarlos llorando durante las siguientes veinticuatro horas, hasta que volvíamos a

llamarlos al día siguiente, y eso es mucha responsabilidad; a veces, esa llamada les cambiaba la vida como la conocían hasta entonces. Yo intentaba ser sincero, muchas veces dando esperanza, pero también preparando poco a poco a la familia cuando intuía que el desenlace podía ser fatal.

Los primeros pacientes que murieron en la unidad lo hicieron solos. Entre estos pacientes estuvo Mateo, que también acabó en nuestra unidad. Su muerte, la de un hombre que solo quería cuidar a su nieta y a sus gallinas, me dejó especialmente tocado. Cuando llamé a su familia para informarlos me pareció escuchar de fondo el llanto de una niña pequeña, debía ser la nieta. Nunca se pudo despedir de ella. Nadie merece morir sin sus seres queridos, pero a nuestros pacientes les estaba pasando.

Los médicos nos reunimos para hablar sobre esto. Estábamos de acuerdo en que aquello no podía seguir así; aquellas personas merecían un final mejor. Decidimos dejar que al menos dos familiares pudieran venir a ver al paciente en sus últimos momentos. Este estaría intubado y sedado, pero creo que a las familias las ayudaba saber que al menos habían podido darles la mano al final de su vida.

Para poder pasar a los familiares, teníamos que darles un EPI. Nos planteamos que todo esto podía ser tirar EPI, que por otro lado ya empezaban a escasear. Sin embargo, decidimos que ya ahorraríamos EPI de alguna otra forma, porque la prioridad era que las familias pudieran despedirse en un lugar lo más íntimo posible. Así que reservamos unas camas algo más alejadas del resto para ese último adiós.

Después de haber visto tantas escenas tan dolorosas, me invade la rabia cuando pienso que sigue habiendo gente que niega esta pandemia, que niega todo este dolor que tanta gente ha vivido, y que muchos hemos tenido que dedicar recursos y energía a convencerlos de lo que estaba pasando delante de sus ojos. Cada vez sabíamos más del virus, cada vez podíamos dar más información a la población y prevenirlo y combatirlo mejor. Y, sin embargo, en paralelo, veíamos crecer también una ola negacionista que ninguno éramos capaz de explicarnos. Cuantos más disparates

oía a mi alrededor, más sentía la necesidad de comunicar, por el medio que fuera, de intentar tranquilizar y de contar la realidad de lo que estaba pasando. A pesar de que aún nos faltaba mucho por descubrir.

Con las semanas, gracias a las medidas tomadas y a lo que aprendimos, la situación fue mejorando en todos los hospitales. Los ingresos se fueron estabilizando y pudimos ir cerrando las nuevas unidades de críticos. Yo pronto iba a volver a Infantil y ya estaba pensando en recuperar la normalidad cuando recibí una llamada del hospital.

—David, estamos cerrando unidades y parece que en el Infantil vamos a volver a operar, pero no solo eso: con toda esta situación que estamos viviendo, nos hemos dado cuenta de que hace falta que alguien entre en el equipo de cardiaca infantil.

Ese era el equipo que se dedica a hacer cirugías cardiacas en niños, entre ellas trasplantes, y esa era la llamada que yo siempre había anhelado desde que empecé a trabajar como anestesista. Recuerdo el primer día que, aún como residente, pisé ese quirófano. Me quedé alucinado con la cirugía, con las técnicas de anestesia, con los conocimientos que había que tener para cuidar al paciente. Allí estuve con el doctor Tosar, el jefe de anestesia cardiaca infantil y al que hoy considero mi amigo. Nunca me había sentido tan pequeño en quirófano al lado de alguien. No solo lo sabía todo y lo hacía todo bien, es que predecía el futuro. Si decía que el paciente se iba a hipotensar, el paciente se hipotensaba; si decía que iba a bajar la saturación, la saturación bajaba. Se adelantaba a los acontecimientos, tenía intuición, habilidad... Salí de allí con la sensación de que el quirófano me había pasado por encima y que yo nunca podría dedicarme a algo tan complejo.

Cuando entré en el Infantil de adjunto de anestesia volví a tener relación con la cirugía cardiaca infantil, el pequeño equipo que se dedicaba a estas cirugías eran ahora mis compañeros. Decidí pegarme a ellos, aprender, estudiar..., con la esperanza de que, algún día, pudiera parecerme a quienes tanto admiraba.

Con el tiempo, entrar en aquel equipo de anestesia cardiaca infantil se había convertido en mi gran objetivo. Rechacé ofertas

más lucrativas para irme a la medicina privada; si había alguna opción de entrar en ese equipo en la pública, merecía la pena aguantar. Asumía que pasarían unos diez años de trabajo muy duro hasta que hubiera un hueco, era lo más normal y, sin embargo, gracias a una serie de coincidencias y a causas de fuerza mayor, se había producido ya. Necesitaban a alguien.

Aceptar suponía, después de la primera parte de la pandemia, encerrarme varios meses en el quirófano, donde estaría formándome con los miembros del equipo, hasta que pudiera volar solo. Y suponía renunciar al verano y renunciar al descanso después de los días más duros de mi vida laboral, pero no lo dudé ni un instante y me lancé a la nueva aventura. Por primera vez después de una decisión no tuve la sensación de haber cometido «el mayor error de mi vida». Una vez más, del drama, de la peor situación posible... yo sacaba algo que me hacía feliz. Muy feliz.

En estos últimos meses todos los que hemos vivido la pandemia en primera línea hemos acusado la fatiga de aquello, hemos visto mucho sufrimiento y tenemos recuerdos que preferiríamos olvidar. Sin embargo, también nos siguen pasando cosas que nos recuerdan por qué lo hacíamos, por qué tenía sentido seguir peleando cada día, incluso cuando no veíamos claro el horizonte. Este mensaje, de la hija de Irene, es una de esas cosas:

> Buenos días, doctor Callejo:
>
> Me llamo Inés.[2] Hace unos meses recibí por primera vez una llamada tuya para informarme de cómo estaba mi madre, Irene, tras su reciente ingreso en las camas de críticos por culpa del dichoso covid-19. Soy consciente de que entró «por los pelos», porque se había abierto una ampliación en ese momento y, a pesar de sus setenta y cuatro años, decidisteis darle esa oportunidad. Tú, como todo el equipo del hospital, fuisteis eternamente cariñosos, atentos y positivos con nosotros. Cada llamada vuestra nos daba esperanzas a pesar de saber lo complicada que era la situación. Sabemos que peleasteis con todo en contra, de forma incansable. Por esa razón, desde entonces, mi familia y yo hemos querido agradeceros, desde el humilde calor de nuestro hogar, todo lo que hicisteis para salvar la vida a nuestra madre. Esto que te envío es nuestro pequeño homenaje.
>
> Me gustaría, si fuera posible, que lo compartieras con tu

equipo, pues sabemos que cada pieza del puzle es indispensable y no tenemos otra manera de llegar a los profesionales que estáis en primera línea.

Gracias por todo, de corazón. Y ánimo, mucho ánimo con todo lo que viene.

Posdata: mi madre está en casa, gracias por regalarnos más tiempo con ella.

ABRAZOS INVISIBLES | Una canción para agradecer[3]

Epílogo

Un mensaje de Instagram

> Hola, David. Me llamo Andrea. No me conoces. Bueno, sí, pero seguro que no te acuerdas, lógicamente. Hace algo más de seis años (según lo he escrito, ¡no me creo que sean seis años ya!) formaste parte de un equipo en las urgencias del Marañón que salvó la vida de mi padre. Se había tirado por la ventana.

Este libro ha hablado de cómo ha sido mi vida hasta la pandemia. De todas mis dudas, de mis pocas certezas, de mis golpes de suerte y de mis miedos. He tenido mucho miedo a lo largo de mi vida, pero, sobre todo, he tenido miedo a reconocer que lo tenía. Y este libro me ha servido como terapia. Me ha servido para ver que, a pesar de mis miedos, mis inseguridades y mis indudables golpes de suerte, también he tomado decisiones. Y que siempre he sabido que lo primero era la vida.

Desde la pandemia mis redes sociales empezaron a crecer, se me empezó a conocer más. A menudo me preguntan si mi vida ha cambiado en algo. Yo siempre contesto que, en lo más importante, mi vida sigue igual: de hospital a hospital y tiro porque me toca; trabajando quizá más de lo que debería y no siempre con los objetivos muy claros, para qué engañarme.

Sin embargo, fuera de esa rutina, sí que me han pasado algunas cosas buenas y, sobre todo, nuevas para mí. Por Instagram algunas personas me cuentan sus historias: unas me han sacado una sonrisa; otras, me han emocionado, y otras, sencillamente, me han dejado sin palabras. La que empieza con las líneas que he copiado al inicio de este capítulo es la única que consiguió las tres cosas a la vez.

El padre de Andrea sufría una neuralgia del trigémino, una de las patologías de dolor crónico más severas que hay. El nervio trigémino es el que lleva la sensibilidad de la zona de la cara al cerebro. Cuando se sufre esta patología, el nervio trigémino está afectado y detecta como dolorosos estímulos que no lo son, como una simple caricia en la cara o lavarse los dientes.

Las causas son muy diversas: una de las más frecuentes es la presencia de un vaso sanguíneo en el interior del cerebro que aprieta este nervio haciendo que funcione mal. Otras causas pueden ser la edad, la esclerosis múltiple... Con frecuencia, el origen de esta neuralgia nunca llega a conocerse.

Estos pacientes tienen episodios de dolor agudo que cada vez se hacen más fuertes, tanto en intensidad como en duración. Y también se hacen más difíciles de tratar.

El tratamiento debe ser a varios niveles. Pero en el proceso no podemos nunca descuidar la salud mental: la neuralgia del trigémino es una de las patologías que presentan más riesgo de suicidio, porque el dolor se vuelve incontrolable y con él se desatan la frustración y la desesperación.

Por desgracia, esta era la situación del padre de Andrea.

«Mi padre llevaba ya años pasándolo mal tras varias operaciones de otorrinolaringología y probablemente con una depresión no diagnosticada que le llevó a tomar la peor decisión de su vida.»

Tengo buena memoria y recuerdo a la mayoría de mis pacientes, pero es imposible recordarlos todos. Del padre de Andrea, al principio, solo tenía pequeños *flashes*. Si he podido reconstruirlo ha sido gracias al mensaje que me escribió la hija. Ahí detallaba cómo el SAMUR trajo a su padre al hospital. Estuvimos doce horas en quirófano, tratando de salvarle la vida. Parece mentira que se puedan olvidar doce horas tan intensas: claramente, me pilló al final de mi residencia, cuando ya había visto más casos similares. Aunque no recuerde los detalles, el procedimiento en pacientes precipitados o que han sufrido un politraumatismo es siempre muy similar: lo primero es tratar de asegurar todo aquello que podría costarle la vida.[1]

Son situaciones críticas, de mucha adrenalina, en las que, en ocasiones, hay personal sanitario dedicado a meter sangre a jeringazos a través de una gran vena del paciente, varios anestesistas pensando qué necesita el paciente en cada momento y cirujanos que luchan por descubrir dónde están las lesiones principales y repararlas. Es una lucha a contrarreloj de todo el equipo contra la muerte.

En el caso del padre de Andrea, todo salió razonablemente bien.

«Después de varias horas desesperantes en una sala del hospital, nos recibiste de madrugada a mi madre, a una de mis hermanas (la otra vivía fuera de España) y a mí para contarnos qué habíais hecho y cuál era la situación.»

Que fuera yo quien informó a la familia me hace pensar que claramente era el final de mi etapa de residente. Cuando inicias la residencia no estás preparado para hablar con una familia sobre algo así. En realidad, creo que nunca lo estás, pero los años, al menos, te dan un poco de experiencia. Además, tiene sentido que fuera yo quien saliera a informarlos de cómo había ido todo porque la cirugía acabó a las seis de la mañana y en el equipo soy conocido por mi insomnio crónico. A esas horas, es posible que yo fuera el que tuviera más energía para hablar con la familia mientras mis compañeros se ocupaban del traslado.

Aunque no recuerde los detalles, sé que las traté como intento tratar a todos mis pacientes, que no es ni más ni menos que como me gustaría que lo hicieran conmigo en un caso semejante: primero, ser atento y escuchar sus preocupaciones; luego, ser sincero, sin dar falsas esperanzas, pero sin abusar de la crudeza, porque las personas que tienes delante atraviesan uno de los peores momentos de su vida. Lo que dicho así suena fácil supone, en realidad, un equilibrio muy difícil de encontrar: hay que medir los términos, porque cada palabra que se pronuncia es un clavo al que los familiares se van a agarrar o una puñalada directa a su corazón. Y hay que medir bien los tiempos, porque si te alargas mucho, puedes acabar metido en un bucle de explicaciones que, en lugar de aclarar, lo embrolle todo más; pero sin que dé la sensación de

que tienes prisa por irte, porque eso sería doloroso para ellos.

Creo que este proceso tiene similitudes con la divulgación de medicina en redes sociales. Hay que medir cada palabra, tienes que ser preciso en las explicaciones, pero no alargarte demasiado. Y evitar términos complejos que puedan confundir más que informar.

En el caso del padre de Andrea, creo que di con la tecla para que la familia fuera consciente de lo que había y pudiera afrontar con un cierto sosiego las largas semanas de reanimación que tenían por delante.

A esto aludía Andrea en su mensaje:

> Si conocieras a mi padre... Es de las personas más racionales e inteligentes que conozco y me da muchísima pena cada vez que pienso en la pesadilla que debió de vivir dentro de sí para llegar a decidirse por aquella trágica *solución.*
>
> Hace poco leí tu nombre en una noticia (nunca me olvidé de él) y descubrí que eras un médico *instagrammer,* así que me decidí a seguirte y aprovechar para escribirte este mensaje privado en algún momento para agradecerte lo que hicisteis por él, por mí y por mi familia. Sé que el equipo lo formaba mucha más gente y cuando mi padre por fin salió del hospital, mi madre escribió un agradecimiento para todo el personal de reanimación, pero nunca nos pareció suficiente.
>
> Ahora que he encontrado la oportunidad de poder dirigirme a uno de vosotros personalmente y, sobre todo, en concreto a ti, no quiero desperdiciarla y, además, supongo que, aunque estás acostumbrado a que te agradezcan tu labor, nunca está de más que alguien te lo diga.
>
> Así que, una y mil veces, GRACIAS. Gracias por ayudar a salvarlo, gracias por tratarnos de forma tan cálida y humana en el momento más traumático y uno de los más difíciles de nuestras vidas, gracias por mantener con vida a alguien tan especial y hacer que pueda seguir disfrutando de la vida.
>
> A día de hoy mi padre, a pesar de todo lo que se provocó, gracias a vosotros vive de forma completamente autónoma y está tratado por un psiquiatra que lo mantiene a raya. Además, en esta «segunda vida» disfruta de sus dos nietas (mis hermanas pequeñas, en este tiempo, han tenido una niña cada una), a las que adora y mima, igual que ha hecho siempre y sigue haciendo con su mujer y sus hijas.
>
> Por lo que veo en esta red social, estás muy motivado con tu profesión (¡no es para menos!) y no te faltan alabanzas, pero si alguna vez tienes un día duro (tengo amigas médicas y sé que los

tenéis) o te fallan las fuerzas, piensa en todos los pacientes a los que les salváis la vida de uno u otro modo, y en lo feliz que hacéis a toda la gente que los rodea y los quiere. Seguro que lo duro es mucho más llevadero al mirar la parte positiva.

Todo un honor poder contactar con una de las personas que han dejado huella en mi vida.

Posdata: No quería que fuera tan largo, pero me ha sido imposible.

El padre de Andrea sufría un dolor crónico que le llevó a la depresión y finalmente a intentar quitarse la vida. Afortunadamente, pudimos darles una segunda oportunidad a él y a su familia, por supuesto. Pero también a nosotros como médicos, ya que, tras aquel incidente, pudimos tratarle mejor.

Gracias a estar fácilmente localizable a través de las redes he podido recuperar esta historia que casi se había perdido en mi memoria. Y la viveza con la que Andrea la recuerda y que me transmitió a través de su mensaje me hizo pensar en algo: seguramente, a lo largo de los años, habrá cada vez más casos que no pueda recordar. Sin embargo, los pacientes y sus familias se acuerdan siempre del médico que los atendió y de si los trató bien o mal. Es una asimetría importante, que no se puede revertir, pero que hay que cuidar para que no se agrande: lo que para nosotros los sanitarios es el día a día, para ellos es un hecho único, doloroso y excepcional.

Para ellos lo que está en juego es la vida. No hace falta haberse leído muchos protocolos médicos para saber que la vida siempre debe ser lo primero.

Nota del autor. Aunque los casos que se recogen a lo largo de este libro están basados en casos clínicos reales, todos ellos han sido ficcionados —en mayor o menor medida— para salvaguardar la privacidad de los implicados.

Notas

1. Fimosis: condición del pene por la que el glande no es capaz de salir del prepucio. O como explica Julio: «Cuando no somos capaces de pasar de trompa de elefante a casco alemán».

2. Neuroblastoma: cuando estamos en el útero, en pleno desarrollo embriológico, nuestras células migran por todo el cuerpo para formar los distintos órganos. Hay un tipo de células del sistema nervioso, los neuroblastos, que viajan por todo el cuerpo para formar tejidos en el cuello, el tórax o en la médula. Algunas de estas células acaban sobre el riñón, en las glándulas suprarrenales. Estas células se pueden hacer malignas y provocar cáncer, especialmente en la edad pediátrica. En algunos casos, estos cánceres se diagnostican antes de nacer el bebé. Podríamos decir, por tanto, que el bebé nació con cáncer.

3. Catecolaminas: son las hormonas que preparan a nuestro cuerpo para huir o luchar. Nuestras hormonas del estrés. Aumentan nuestra atención, nuestra tensión arterial, nuestra frecuencia cardiaca, permiten que entre más aire a nuestros pulmones... Fundamentales para mantenernos con vida. Pero como todo en medicina, un exceso de estas hormonas puede ser mortal. Nuestra tensión arterial y frecuencia se podrían elevar tanto que podrían provocarnos un infarto o un ictus.

1. La epidural la hacemos a ciegas, es de las pocas técnicas en anestesia que podríamos hacer con una venda en los ojos. Sabemos que estamos en el espacio epidural por la sensibilidad de la aguja en nuestras manos. Al llegar al espacio epidural notamos una pérdida brusca de resistencia. Por eso es fundamental que cuando nos acerquemos al espacio epidural los pacientes estén muy quietos.

2. Algunas embarazadas toman la heparina como anticoagulante durante el embarazo por diversos motivos. En función de la dosis de heparina habrá que esperar de doce a veinticuatro horas desde la última dosis de la heparina hasta pinchar la epidural. Si pincháramos la epidural mientras la heparina hace efecto corremos el riesgo de provocar un hematoma en el espacio epidural que, en el peor de los casos, podría dejar paralítico al paciente.

3. Otra posible complicación de la epidural (lo sé, son muchas) es que el catéter que dejamos en el espacio epidural se meta dentro de un vaso sanguíneo. Los anestésicos locales en el espacio epidural alivian el dolor, pero intravenosos son un veneno mortal que hará que nuestro corazón deje de latir en unos pocos minutos. Por eso, antes de poner la dosis completa de anestésicos locales, ponemos una pequeña dosis con adrenalina que llamamos *dosis test.* Si la paciente nota sabor metálico en la boca o pitidos en los oídos, hay que sacar el catéter. Puede ser que esté en un vaso y estos son los primeros signos de intoxicación. Si la paciente se nota nerviosa o empieza a tener taquicardia, también hay que sacarlo: puede ser por la adrenalina de la dosis test y, si esto sucede, será porque el catéter está en un vaso. En ese caso, hay que sacar el catéter y volver a empezar.

4. Una complicación rara de la epidural es esta cefalea pospunción. Al pinchar la epidural vamos a ciegas: como ya he dicho, localizamos el espacio por la sensibilidad de nuestras manos. El problema es que solo unos milímetros más adelante está la duramadre, la membrana que recubre la médula espinal. Si avanzamos la aguja esos milímetros de más, perforaremos la duramadre con una aguja de gran calibre, como la que usamos en la epidural. Eso provocará que la paciente tenga una fuga de líquido cefalorraquídeo, el líquido que circula por dentro de nuestro cerebro y canal espinal. ¿Cuál es la consecuencia de todo esto? Nada grave o que comprometa la vida de la paciente, pero cuando esta se ponga de pie veinticuatro horas después de su parto, tendrá el peor dolor de cabeza de su vida. Simplificando mucho, podemos decir que su cerebro se queda seco debido a esa fuga de líquido de la espalda, y eso produce la molestia. Esta cefalea no es grave, pero sí algo muy incapacitante. Y más con un bebé recién nacido.

1. Es un corte que se hace en vagina y periné para intentar extraer al neonato. Me consta que los ginecólogos intentan hacerlo cada vez menos, pero a veces no hay más remedio.

2. Personal de enfermería especializado en la cirugía cardiaca y el ECMO.

3. ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea. Es una máquina que saca toda la sangre del cuerpo del paciente, la oxigena y la devuelve con fuerza a un gran vaso. Es una máquina que hace la función del corazón y de los pulmones. Nos sirve para dar tiempo a los pacientes a que se recuperen de dolencias graves.

4. Coagulación intravascular diseminada: El cuerpo, al intentar coagular una hemorragia pierde el control. Esto hace que la hemorragia no se detenga, pero que además se puedan producir trombosis en algunos lugares.

5. Hematoma retroperitoneal: Es un gran coágulo en la zona del retroperitoneo, es decir, detrás de los intestinos. Una zona de difícil acceso para los cirujanos hasta cuando el paciente está con el abdomen abierto.

6. Propofol: fármaco que usamos de forma frecuente para dormir a la gente. Al despertar, los pacientes tienen una sensación placentera, y refieren incluso haber tenido sueños eróticos. Además, se despiertan con la lengua suelta y un poco desinhibidos. Alguna abuelita me regañó por despertarla justo cuando «volvía a sentir a un hombre con ella...». No todo son cosas buenas: es el fármaco con el que murió Michael Jackson. Un fármaco potencialmente placentero, pero también potencialmente mortal.

1. Hay cardiopatías de mil tipos y con complejidades muy variables. Pero básicamente lo que sucede en todas es que la sangre no se llega a oxigenar. El corazón recibe la sangre venosa (azulada) sin oxígeno a través de la vena cava. La sangre irá a la aurícula derecha y al ventrículo derecho del corazón, que la impulsará a través de la arteria pulmonar. La sangre llegará a los pulmones a través de la arteria pulmonar, y ahí soltará el dióxido de carbono y lo cambiará por oxígeno. Esta sangre rica en oxígeno será muy roja e irá por las venas pulmonares de nuevo al corazón. Llegará a la aurícula izquierda, de ahí al ventrículo izquierdo y desde la aorta, por fin, saldrá rica en oxígeno e irá a recorrer todas las partes del cuerpo: llegará a cada rincón y allí formará un plexo capilar donde se hará un nuevo intercambio gaseoso. El plexo capilar es algo así como una pequeña telaraña de vasos muy pequeños que rodean a las células. Aprovechando este plexo capilar, las células cogerán el oxígeno y darán a la sangre el dióxido de carbono que tenemos que eliminar. Una vez hecho este intercambio, los vasos del plexo capilar se irán uniendo de nuevo para formar venas pequeñas, que acaban uniéndose hasta convertirse en las venas cavas que acaban en nuestro corazón y a través de las cuales corre la sangre venosa.

2. Una de las formas de valorar a los niños con cardiopatías congénitas es su clase funcional, o dicho de otra forma, lo que se cansan al hacer ejercicio. Silvio se cansaba de forma extrema con andar unos pasos. Y ese era el motivo por el que le dejaban ir en motillo a todos lados.

3. Normalmente a los niños los dormimos con una mascarilla en la cara, sin pinchazos. Y una vez dormidos, les cogemos una vía. Sin embargo, Silvio tenía una cardiopatía muy compleja y era necesario tener una vía antes de aplicar cualquier tipo de anestesia. Aunque fuera a través de la mascarilla.

4. Estas malformaciones son acúmulos de arterias, venas y capilares en lugares donde no deberían estar. Provocan lesiones rojizas o violáceas que pueden latir o incluso doler. Pueden, además, tener tendencia al sangrado y la ulceración. Estas malformaciones pueden ser muy problemáticas, pero la de aquella paciente, por el lugar donde se encontraba, era especialmente peligrosa.

5. Cuando hacemos una anestesia general, tenemos que poner en líneas generales tres fármacos: uno para que el paciente se duerma, otro para que el paciente no sienta dolor y un último para que el paciente no se mueva. El problema de usar estos tres fármacos es que, al administrarlos, el paciente va a dejar de respirar por sí mismo. En ese momento, el anestesista tendrá unos minutos para ventilar al paciente de alguna forma: si no lo conseguimos, el paciente morirá asfixiado. En general, solemos intubar al paciente usando un laringoscopio, que es un instrumento con forma de miniguadaña metálica y un mango para sujetarlo; en vez de una cuchilla tiene una pala metálica para meterse en la boca del paciente. Con el laringoscopio desplazamos la lengua y tejidos hasta ver las cuerdas vocales. Por ahí es por donde metemos el tubo y lo dejaremos en su tráquea. Este tubo se conectará a un respirador que hará las funciones de los pulmones del paciente durante la cirugía. El problema es que, a veces, podemos tener serias dificultades para meter este tubo en la tráquea. Si esto es así, hay varios planes alternativos para intentar ventilar. En muy raras ocasiones, estos planes alternativos pueden terminar con un desenlace fatal.

6. *Ventilar* es el término que utilizamos en medicina para referirnos al proceso respiratorio de entrada y salida de aire del cuerpo.

7. Traqueostomía: agujerito (o agujerazo) que se hace en el cuello de algunos pacientes para que respiren por allí.

8. En Italia, cuando se quiere desear suerte a alguien, se dice la frase: «En la boca del lobo», y esa persona te contesta: «Muerte al lobo».

1. Tubo de plástico, como una pequeña manguera, que se utiliza para extraer aire o líquido de los pulmones.

1. También conocidas como *dedos en palillos del tambor*.

1. Las vasculitis son una inflamación de los vasos sanguíneos. El interferón activa nuestro sistema inmune. Ese era el objetivo, activar el sistema inmune para controlar al virus que causaba la hepatitis a mi madre. El problema de esta activación del sistema inmune es que fue un poco descontrolada y atacó los propios vasos sanguíneos de mi madre, causando así la vasculitis. Al estar los vasos inflamados, la sangre no circula con normalidad por ellos, y esto puede provocar problemas en distintos órganos. En el caso de mi madre le sucedió en el riñón; tuvo una insuficiencia renal leve que obligó a retirar este fármaco.

1. Presión intraocular elevada.

2. Los pulsioxímetros, que tan de moda han estado durante la pandemia, sirven para medir la saturación de oxígeno del paciente. Durante un traslado nos informan de que el paciente, a pesar de estar sedado, está respirando bien. Además, nos dicen la frecuencia cardiaca.

1. Tras una cirugía oncológica, los pacientes, con frecuencia, salen de quirófano con una ostomía. La famosa bolsa por donde expulsan las heces. Esta bolsa no tiene por qué ser definitiva y a menudo se puede hacer una cirugía de reconstrucción para establecer el tránsito intestinal normal.

2. Hay varias formas de saber que la sonda nasogástrica se encuentra en el estómago. La más rápida consiste en meter aire a través de la sonda mientras alguien ausculta el estómago del paciente. Si se escucha una entrada brusca de aire, quiere decir que la sonda está en el estómago. Sin embargo, a veces la sonda no está en su sitio y, aun así, puede escucharse este aire entrar. Por eso, lo más seguro para comprobar que una sonda está en su sitio es ver que sale contenido gástrico a través de ella o, mejor aún, realizar una radiografía para comprobar con una imagen que efectivamente la sonda está en su sitio.

1. El *bypass* es una carretera por donde tiene que pasar la sangre, los coches. Si esta carretera funciona mal se pueden producir atascos, trombosis. Estos trombos podrían migrar a otras arterias sanas y generar obstrucciones en arterias que sí son imprescindibles.

1. Imaginad que la sangre está compuesta por leche y café. La leche es el líquido que circula por nuestro torrente sanguíneo. El café son los glóbulos rojos, las células que transportan el oxígeno gracias a la hemoglobina y que dan el color a la sangre. Cuando administramos fluidos a un paciente, le estamos administrando más leche. Pero eso hace que nuestro desayuno se quede más diluido, con poco café y, por tanto, con pocos glóbulos rojos y con poca hemoglobina. Por eso, si administramos muchos fluidos a un paciente que ya tiene poca hemoglobina y glóbulos rojos, es muy probable que también le tengamos que hacer una transfusión sanguínea. Cuando hacemos una transfusión no metemos leche por las venas; metemos directamente café, o lo que es lo mismo: glóbulos rojos y hemoglobina.

1. El suicidio es la principal causa de muerte en personas de quince a veintinueve años en España. En 2020 con la pandemia el suicidio aumentó en un 30 por ciento. Hoy por hoy, las muertes por suicidio duplican las de accidentes de tráfico. Tenemos unos diez suicidios al día en España. Es importante recalcar que no todas las personas que se suicidan tienen una enfermedad mental, que no todas son personas impulsivas y, sobre todo, que hablar del suicidio no incita al suicidio. El suicidio se asocia mucho a la soledad: si veis a alguien solo sed amables. Y si alguien os habla de suicidio o ideas de muerte, sed empáticos, haced una escucha activa, no le juzguéis ni comparéis con otras personas. Y, por supuesto, pedid ayuda y alertad a su entorno. Evitar la soledad es clave.

1. Simplificando mucho, tenemos dos tipos de dolores: el primero, los nociceptivos, que son los que sufrimos cuando se estimulan nuestros receptores del dolor. Estos receptores se encuentran en muchas partes de nuestro cuerpo: piel, músculos, vísceras. Son claves en la evolución, pues nos avisan de que algo no va bien. Los nociceptivos son los que se producen cuando nos quemamos, cuando nos damos un golpe o cuando tenemos una apendicitis. En general, estos dolores son más fáciles de tratar con analgésicos. Los segundos, los neuropáticos, se producen por una alteración de nuestro sistema nervioso. En mi caso, la hernia discal apretaba los nervios muy cerca de la salida de la médula. Eso me provocaba dolor. Este en concreto tiene características especiales, se asocia a calambre, a tener la zona adormecida, a cambios de temperatura, a que una simple caricia desencadene el dolor... Sobre todo, este dolor es más difícil de tratar con analgésicos.

2. Los discos intervertebrales son como almohadillas que separan las vértebras para que no rocen entre sí. Nos los tenemos que imaginar como perfectos huevos fritos redondos: la clara sería el disco intervertebral. Y en el centro estaría la yema, el núcleo pulposo, una sustancia de consistencia más dura. Cuando se produce una hernia discal, la yema se rompe e invade la zona del disco intervertebral y, sobre todo, de los nervios. Todo esto provoca una reacción inflamatoria que irrita a estos nervios y provoca el dolor. Una infiltración consiste en inyectar con anestesia local y corticoides en el espacio epidural, muy cerca de los nervios y de la inflamación que se ha formado. Los anestésicos locales adormecen un poco el nervio reduciendo el dolor. Y los corticoides bajan la inflamación provocada por el núcleo pulposo. En algunos casos, esta bajada de la inflamación consigue que el paciente pueda sortear el quirófano.

1. Las amígdalas o anginas son órganos linfáticos que se encuentran en la parte posterior de la boca. Como buen órgano linfoide es una estación de servicio para ayudarnos a eliminar bacterias y otros patógenos. La amigdalitis es la inflamación aguda de las amígdalas. Se consideran de repetición cuando se tienen más de seis o siete episodios en el último año.

1. Anosmia: es la pérdida de olfato. Esta pérdida de olfato fue muy característica de la variante original de covid-19. De hecho, en algunos países lo más buscado en Google antes de la pandemia fue «no tengo olfato».

2. El de Torrejón fue uno de los primeros hospitales en colapsar.

3. Más tarde se pasaría a las ocho de la tarde para que los niños pudieran estar despiertos en el aplauso.

1. Sensación de dificultad respiratoria o de que nos falta el aire. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

2. El nombre, como todos los que aparecen en este libro, es inventado para mantener la privacidad de los implicados.

3. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&feature=youtu.be&v=9HODQJAkEls>.

1. Para ello hacemos un ABCD. Es el acrónimo que certifica los pasos que seguir:

Controlar la vía aérea: esta debe estar permeable en todo momento.

Del inglés *breathe:* comprobar que el paciente ventila correctamente.

Circulación: asegurarse de que el paciente tiene un ritmo cardiaco bueno, es decir, que no haya hemorragias ni nada que comprometa su sistema hemodinámico.

Disability: buscar un posible daño neurológico.

En general, la A y la B son las más fáciles de estabilizar. En el peor de los casos, lo conseguimos intubando al paciente. Controlar la C en pacientes politraumatizados es ya más delicado. Son pacientes con múltiples daños internos que reparar y en los que solemos transfundir sangre, sangre y más sangre. Además de la sangre, hay que administrar plaquetas y plasma con factores de coagulación, tan importante es administrar sangre como plasma y plaquetas para que el paciente pueda coagular sus heridas y que la hemorragia se detenga. Son cirugías largas en las que sabemos que cada decisión que tomemos seguramente condicionará la vida del paciente. La labor de los anestesistas en este tipo de cirugías es la de dar tiempo: dar tiempo al paciente y, así, a los cirujanos para que puedan reparar sus heridas.

Lo primero, la vida
David Callejo

No se permite la reproducción total o parcial de este libro,
ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión
en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico,
mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos,
sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción
de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito
contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes
del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos)
si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.
Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com
o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© del diseño de la portada, Planeta Arte & Diseño
© de la imagen de la portada, Nines Mínguez

© David Callejo, 2022

© Editorial Planeta, S. A., 2022
Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona
www.editorial.planeta.es
www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): enero de 2022

ISBN: 978-84-08-25262-7 (epub)

Conversión a libro electrónico: Realización Planeta

¡Encuentra aquí tu próxima lectura!

¡Síguenos en redes sociales!